

Министерство здравоохранения РСФСР

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

(ректор—доктор медицинских наук В. Н. КЛИМОВ)

Кафедра общей хирургии

(зав. кафедрой—профессор М. И. САХАРОВ)

ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. М. И. КАЛИНИНА

(ректор—профессор В. П. ГОВОРОВ)

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения

(зав. кафедрой—профессор В. Т. СЕЛЕЗНЕВА)

Дорожная больница № 1 Свердловской железной дороги

(начальник—А. И. БАРИНОВ)

Ю. Э. СОРКИН

ОЧЕРКИ ПО ИСТОРИИ ОНКОЛОГИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научные руководители: доктор медицинских наук профессор М. И. САХАРОВ,

доктор медицинских наук профессор В. Т. СЕЛЕЗНЕВА

**СВЕРДЛОВСК
1969 г.**

"... В каждой науке и каждом искусстве исторические исследования всегда имели, имеют и будут иметь большое значение, т.к. не может быть успешного прогресса какой угодно науки, если в основании не будет лежать история развития ее, ведь не зная прошлого, нельзя даже вполне понимать настоящего. Всё это, конечно, всецело относится и к медицине, науке, в которой такую важную роль играет наблюдение, описание же наблюдений, когда бы они не были сделаны, в нашем ли столетии или во времена Галена — всегда останется ценным материалом, имеющим одинаковое значение для выяснения всевозможных вопросов...^{х)}".

(проф. М. А. ВАСИЛЬЕВ)

^{х)} М. А. Васильев — Актовая речь "О значении исторических исследований в медицине и хирургии". "Варшавские университетские известия", 1898, 6.

О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ.	8
ГЛАВА I. ОЧЕРК ПО ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ ...	12
1. Обзор литературы	-
2. Краткий очерк развития онкологии в дореволю-	
ционной России и СССР.	20
ГЛАВА II. РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ НА ДОРЕВОЛЮ-	
ЦИОННОМ УРАЛЕ	72
1. Краткий очерк развития медицины в Пермской	
губернии	-
2. Развитие специализированной медицинской помо-	
щи в Пермской губернии	82
а) Разработка методов антисептики и асептики..	85
б) Разработка методов обезболивания.	96
в) Развитие брюшной хирургии и методы хирур-	
гического вмешательства при онкологиче-	
ских заболеваниях	100
Резекция желудка по поводу рака	
Экстирпация прямой кишки по поводу рака..	
Резекция слепой кишки по поводу рака.	
г) Развитие онкогинекологии.	110
д) Разработка теоретических вопросов	122
е) Демонстрация случаев.	130
3. Видные хирурги дореволюционного Урала.	138
А.А.Миславский	-
П.В.Рудановский.	157

	Стр.
П. В. Кузнецкий	160
В. М. Онуфриев	167
А. М. Новиков	170
А. А. Абраханов	174
ГЛАВА III. РАЗВИТИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА СРЕД- НЕМ УРАЛЕ ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СО- ЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ	181
1. У истоков организованной борьбы с онкозабо- леваниями на Урале	-
2. Развитие сети онкологических учреждений	
Свердловской области и их деятельность	193
а) Областной онкологический диспансер	196
б) Свердловский городской онкологический диспансер	224
в) Н-Тагильский городской онкологический диспансер	236
г) Краснотурьинский городской онкологиче- ский диспансер	248
д) Каменск-Уральский городской онкологи- ческий диспансер	255
е) Онкологическое отделение Областной клинической больницы	256
ж) Развитие онкологии на Свердловской железной дороге	268

ГЛАВА IV. РАЗВИТИЕ НАУЧНЫХ ПРОБЛЕМ В ОБЛАСТИ

ОНКОЛОГИИ НА УРАЛЕ. 302

1. Проф. Л. М. Ратнер и его школа -

а) Жизнь и деятельность проф. Л. М. Ратнера -

б) Основные принципы диагностики рака и
вклад Л. М. Ратнера и его учеников. 328

в) Принципы оперативных вмешательств в раз-
личных областях человеческого организма.
Вклад школы проф. Л. М. Ратнера в этот
вопросе 344

г) Диагностика и лечение отдельных локали-
заций рака. Вклад клиники Л. М. Ратнера в
этом вопросе. 365

д) Разработка методов лечения злокаче-
ственных опухолей - лучевого и химиотерапии 385

е) Разработка вопросов этиопатогенеза, ста-
тистика злокачественных опухолей и экспе-
риментальной онкологии 400

ж) Ученики продолжают дело учителя 410

М. С. Шульман. -

А. Н. Скобунцова 413

А. Н. Лебедева 418

М. И. Бликин 420

2. Проф. А. Т. Лидский и его школа 422

а) Краткие биографические данные
проф. А. Т. Лидского -

б) Онкологические проблемы в трудах А. Т. Лид-
ского и его учеников. 429

Рак легкого.	429
Рак желудка.	438
Рак щитовидной железы	440
в) Онкологическая проблематика в трудах проф. В. Ф. Колосовской и М. И. Сахарова	441
3. Развитие нейроонкологии на Урале, школа проф. Д. Г. Шефера.	447
а) Краткие биографические данные проф. Д. Г. Шефера	-
б) Работы по нейроонкологии головного и спинного мозга, диагностика опухолей головного мозга	452
4. Онкологическая проблематика в работе ряда кафедр Свердловского мединститута.	455
5. Деятельность хирургического, онкологического и рентгено-радиологического научных обществ, разработка онкологических вопросов	455
ВЫВОДЫ.	465
ЛИТЕРАТУРА	470
ПРИЛОЖЕНИЯ	500
1. Основные даты жизни и деятельности Л. М. Ратнера..	510
2. Список научных работ Л. М. Ратнера	514
3. Список диссертаций, выполненных под непосред- ственным руководством проф. Л. М. Ратнера	520
4. Тематика онкологических конференций	524
5. Перечень работ врачей онкологического отделения дорожной больницы №-1, доложенных на научных медицинских обществах и опубликованных в сбор- никах (1955-1967 гг)	540

6. Инструктивное письмо по проведению профилактических осмотров населения с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний.	546
7. Воспоминания учеников проф. Л. М. Ратнера	552
8. Диссертации, защищенные в ученом Совете Свердловского государственного медицинского института по онкологии	570
9. Диссертации по нейроонкологии, выполнение под руководством профессора Л. Г. Шефера	574
10. Вопросы организации радиодиагностической помощи в г. Свердловске и Свердловской области	575

В В Е Д Е Н И Е

Рак — одна из важнейших проблем современного здравоохранения во всём мире.

Г.М.Нильсон (США) в докладе "Борьба против рака во Всемирном масштабе" на VIII Международном противораковом конгрессе в Москве в 1962 г. так об этом говорил: "...Рак явление не только американское, английское, русское или африканское. Он интернационален, распространяется по всему миру беззаконно и неудержимо. Борьба против рака должна быть общей заботой всего человечества. Что может быть более неразумным, чем ограничение борьбы с этой болезнью рамками одного государства? Рак не беспокоит паспорта или различные политические убеждения. Он может проникнуть всюду, в каждый дом..." х).

Злокачественные новообразования в структуре смертности населения, как в СССР, так и большинстве других экономически развитых зарубежных стран, занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому некоторые ученые называют рак "убийцей №-2".

В связи с этим противораковая борьба является в настоящее время одной из наиболее актуальных проблем современной биологии и медицины.

Партией и Правительством перед советским здравоохранением поставлена серьезная задача — усилить борьбу против рака и коренным образом улучшить онкологическую помощь населению. Это записано в программе КПСС (1961 г.) и директивах XXIII съезда партии (1966 г.).

х) VIII Международный противораковый конгресс. Труды, т. I, стр. 80.

Согласно постановлению ЦК КПСС и Совета Министров СССР "О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране" (август 1968 г.) намечено в 1971-1975 гг. наряду с другими объектами здравоохранения ввести в эксплуатацию 22 онкологических диспансера на 450 коек с пансионатами^{х)}.

Советский Союз явился инициатором в вопросе о международных поощрениях научных исследований в области борьбы с раковыми заболеваниями. XIV сессия Генеральной Ассамблеи ООН 20/XI-1959 г. приняла по этому вопросу резолюцию^{хх)}, где говорится: "...Генеральная ассамблея постановляет учредить соответствующие премии, именуемые премиями Организации Объединенных Наций, общей суммой в 100000 долларов, которые будут присуждаться за наиболее выдающиеся научно-исследовательские работы по выяснению причин раковых заболеваний и по борьбе с ними, и предлагает генеральному секретарю в течение ближайших 4-х лет организовать присуждение этих премий по рекомендации Всемирной организации здравоохранения и периодически возобновлять их присуждение, пока это будет считаться необходимым...".

В 1962 г. Международной премией ООН за широко известные исследования по выявлению канцерогенных агентов в окружающей человека среде был отмечен советский ученый Л.М.Шабад.

Естественно, что столь сложная проблема, как рак, должна решаться комплексно с участием специалистов различных отраслей медицины, в том числе и историков медицины. Н.Н.Блохин (34) пишет: "...Если развитие медицинской науки, в основном, идет по

х) "Медицинская газета" от 6 августа 1968 г.

хх) "Вопросы онкологии" т.УІ.Л-5,стр.6, Л-7,стр.3-10, 1960 г.

пути дифференциации - выделения все новых, более узких специальностей, то наряду с этим происходит и формирование комплексных специальностей, создающихся путем интеграции. Так создавалась онкология, к которой тянутся нити от патологической анатомии и патологической физиологии, цитологии, микробиологии и генетики, хирургии, радиологии и ряда других медицинских дисциплин...".

Академик А.А.Богомолец (36) в 1931 г. так писал о значении исторических исследований в области онкологии: "...Говорить о диалектике онкологии - значит говорить о творческом развитии этой науки. Диалектическое развитие науки подобно движению по спирали. Быть может, оно бесконечно, но каждый новый завиток спирали знаменует успехи синтетического знания, новую победу человека над природой, новый отправной пункт для дальнейшего изучения природы, открытие нового пути для дальнейших побед. Всякое развитие совершается во времени и потому имеет историю. Невозможно поэтому говорить о диалектике онкологии, не коснувшись хотя бы наиболее существенных для данного этапа моментов ее исторического развития...".

Хотя онкология, как самостоятельная дисциплина, стала складываться только в 20-х годах XX века, ей предшествовала большая предистория. Вопросами онкологии с давних времен занимались различные специалисты, но особенно большой вклад в это дело внесли хирурги.

Урал - один из важнейших промышленных и культурных районов страны. На протяжении истории здесь накоплен большой опыт в области хирургического лечения онкологических заболеваний, который с большой пользой можно использовать и сегодня. Поэтому на-

ше исследование мы и посвятили изучению этого вопроса.

Нам удалось установить ряд новых, мало известных ранее фактов о роли выдающихся хирургов Урала А.А.Миславского, П.В.Кузнецкого, В.М.Онуфриева, А.М.Новикова, А.А.Абраманова и др. в развитии хирургии и онкологии; выявить ряд интересных данных в отношении оперативных вмешательств (струмактомии, резекции желудка), впервые выполненных на Урале, и внести ряд поправок в их историографию.

Мы показали распространенность онкозаболеваний на Урале, развитие сети онкоучреждений; роль профессоров Л.М.Ратнера, А.Т.Лидского, Д.Г.Шейера и их школ в развитии онкологии.

При проведении исследования мы широко использовали архивные материалы, труды клиник, воспоминания современников, отчеты хирургических стационаров и онкологических учреждений, диссертационные работы, а также многочисленные литературные источники.

Г Л А В А I

ОЧЕРК ПО ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ

I. Обзор литературы

Разработка истории онкологии начата совсем недавно и является далеко незаконченной главой данной дисциплины.

Выделившись в самостоятельную медицинскую специальность лишь в советское время (Н.Н.Блохин, 34; Н.Н.Петров, 283; А.В.Чаклин, 433), онкология имеет казалось бы сравнительно небольшое прошлое, но дело в том, что она своими корнями уходит в далекую древность, к самым истокам медицинской науки.

Большое внимание историческим исследованиям в онкологии уделял старейшина советской онкологии Н.Н.Петров (283). Он писал: "...Мысль представить достижения русской онкологии в историческом аспекте несомненно заслуживает внимания и одобрения. Действительно, достижения эти таковы, что исторический обзор их может быть ценным и полезным для современности и будущих работников в этой области, а также для утверждения достоинства русской науки как в отечественном, так и в международном масштабе, а в этом и лежит главная ценность исторических работ. Однако для достижения этих целей история русской онкологии обязательно должна обосновать свои положения на точной документации описываемых научных достижений, а не на кратких ссылках, не дающих материала для критических суждений.

Полноценной истории русской онкологии от ее начала до наших дней достаточно документированной до сих пор не существует. Это труд патологов, химиков, морфологов, радиологов и хирургов.

Одному человеку это вряд ли будет посильно...".

За последние годы особенно возрос интерес к истории отечественной медицинской науки. В результате этого появилось довольно большое количество историко-медицинских статей и отдельных монографий, посвященных описанию жизни и деятельности некоторых выдающихся ученых, в том числе хирургов и онкологов (В.М.Бергольц - 26, П.Т.Волков - 62, В.И.Калугин и В.В.Калугин - 133, Н.В.Лазарев - 176, Н.Н.Малинковский - 208, Н.Ф.Мельников-Разведенков - 218, А.А.Опокин - 263, А.И.Раков - 313, Б.С.Ручковский - 327-328, А.И.Серебров с соавторами - 350, В.Т.Селезнева - 356, 357, 360; Ю.Э.Соркин - 378, 379, 380, 383; Ф.Г.Углов - 407, Н.Я.Хорошманенко - 422, Л.М.Шабад - 440, 441; М.С.Шульман - 464, 465).

Появился ряд работ, отражающих отдельные проблемы онкологии в историческом аспекте (Д.М.Абдурасулов - 1, А.П.Бенедиктова - 23, 24, 25; Б.Л.Бронштейн - 42, В.Н.Демин - 88, Л.К.Куница - 164, А.О.Левин - 187, М.И.Лыткин - 205, Б.В.Петровский - 292, 293; Л.М.Ратнер - 316, Б.С.Ручковский - 329, 331; А.Г.Савиних - 333, Л.М.Шабад - 439).

Вопросы онкологии нашли отражение и в ряде монографий по истории хирургии (Н.Антелава - 8, В.И.Колесов - 149, В.С.Левит - 190, В.А.Оппель - 261).

За последнее время появился ряд журнальных статей, монографий, кандидатских и докторских диссертаций, отражающих в различных аспектах развитие онкологии в городах, областях, республиках Советского Союза (Н.А.Александров и Л.А.Шустер - 5, К.Л.Базикян - 13, В.Н.Балицкий - 14, Н.А.Батырев - 17, И.С.Гинсбург - 75, Д.Н.Головин и Т.С.Шеховцев - 78, Т.М.Гроздов - 82,

А. П. Демченко - 90, Н. Д. Дьячкова - 101, А. И. Зюзина - 125,
А. Н. Игнатов - 127, Е. В. Козлова - 147, Т. П. Кофтунович - 154,
З. М. Круглов - 157, Е. Г. Кудимова - 158, Ю. А. Курбатова - 165,
И. Р. Лазарев - 177-178, Б. И. Лухтан - 204, Т. М. Марков - 211,
Д. И. Мац - 212-213, И. М. Медведев - 216, Б. В. Милонов - 223,
П. С. Миронов - 227, И. Н. Никобадзе - 245, С. Н. Нугманов - 255,
А. И. Погосянц - 295, А. И. Савицкий - 334, В. С. Серебренников - 348,
Н. М. Сорокин - 385, П. И. Страдынь - 387, Н. И. Стрыгин - 389,
У. Г. Такулов - 392, Ф. М. Теплоухова - 399, В. И. Тыщевский - 404-405,
А. Б. Файншмидт - 411, Н. М. Хайкинсон - 418, В. Я. Чуранова - 437,
Н. Т. Шевченко с соавторами - 447-448, К. Шелудченко - 450,
А. С. Широкова - 458.

В настоящее время большое значение приобретает история отдельных отраслей медицины, т. к. успехи науки в целом складываются из успехов отдельных дисциплин.

Есть ли, однако, достаточно оснований выделить историю хирургии и, в частности, онкологии из общей истории медицины?

"...Давность существования именно этой отрасли, обширность предмета, обилие литературного материала, очень слабо еще разработанного, особый своеобразный путь развития хирургического врачевания, особые методы исследования научного опыта здесь - все это с полным правом дает основание современному хирургу вести самостоятельные изыскания по истории хирургии.

Огромный, почти не использованный архивный материал только ожидает еще изучения и исследования, чтобы пролить новый свет на историю хирургии с точки зрения материалистического понимания истории. И цель разговора о нем можно было бы считать вполне достигнутой, если бы наши читатели, хотя бы в не-

которой степени прониклись желанием познакомиться с ним. Это было бы особенно ценно по тем провинциальным уголкам, которые и до сих пор идут своей очереди на внимание. Нет сомнения, что в этих Вологодских, Новгородских, Киевских, Владимирских, Уральских, Кузнецких, Поморских и других архивах, не исключая и земских, найдутся такие жемчужины, которые сделают честь любому историческому исследованию" (Обросов П.Н. - 257).

Дифференциация хирургии и выделение в качестве самостоятельных новых хирургических дисциплин, в том числе и онкологии, является закономерным процессом и свидетельствует о росте и развитии отечественной науки, является процессом прогрессивным (П.В.Заблудовский - 115).

Дифференцировку медицинских дисциплин мы видим из "Древа" медицины, составленного в 1966 г. проф. И.Лавиновским (87) /рис. 1/.

Вопросам истории отечественной онкологии посвящены работы Н.Н.Блехина - 34, Н.А.Боголюбского - 38, В.П.Грицкевич - 80-81, В.Ф.Кацера - 140-141, М.М.Невядомского - 239-240, Н.Н.Петрова - 275, 280, 285, 286, А.В.Пруссак - 305, Б.С.Ручковского - 329, 331, М.И.Федина - 412, А.В.Чаклина - 433, Л.М.Шабда - 439 и др.

Особенно острая полемика в вопросах трактовки истории онкологии проходила между Н.Н.Петровым и М.М.Невядомским.

Н.Н.Петров был приверженцем полиэтиологической теории происхождения опухолей, М.М.Невядомский - паразитарной.

Н.Н.Петров (281) писал: "...В лице Невядомского мы имеем чрезвычайно настойчивого проповедника паразитарной теории, доходящей до признания самих опухолевых клеток за колонии чужеродных паразитов. Полезная сторона этого учения состоит в том, что

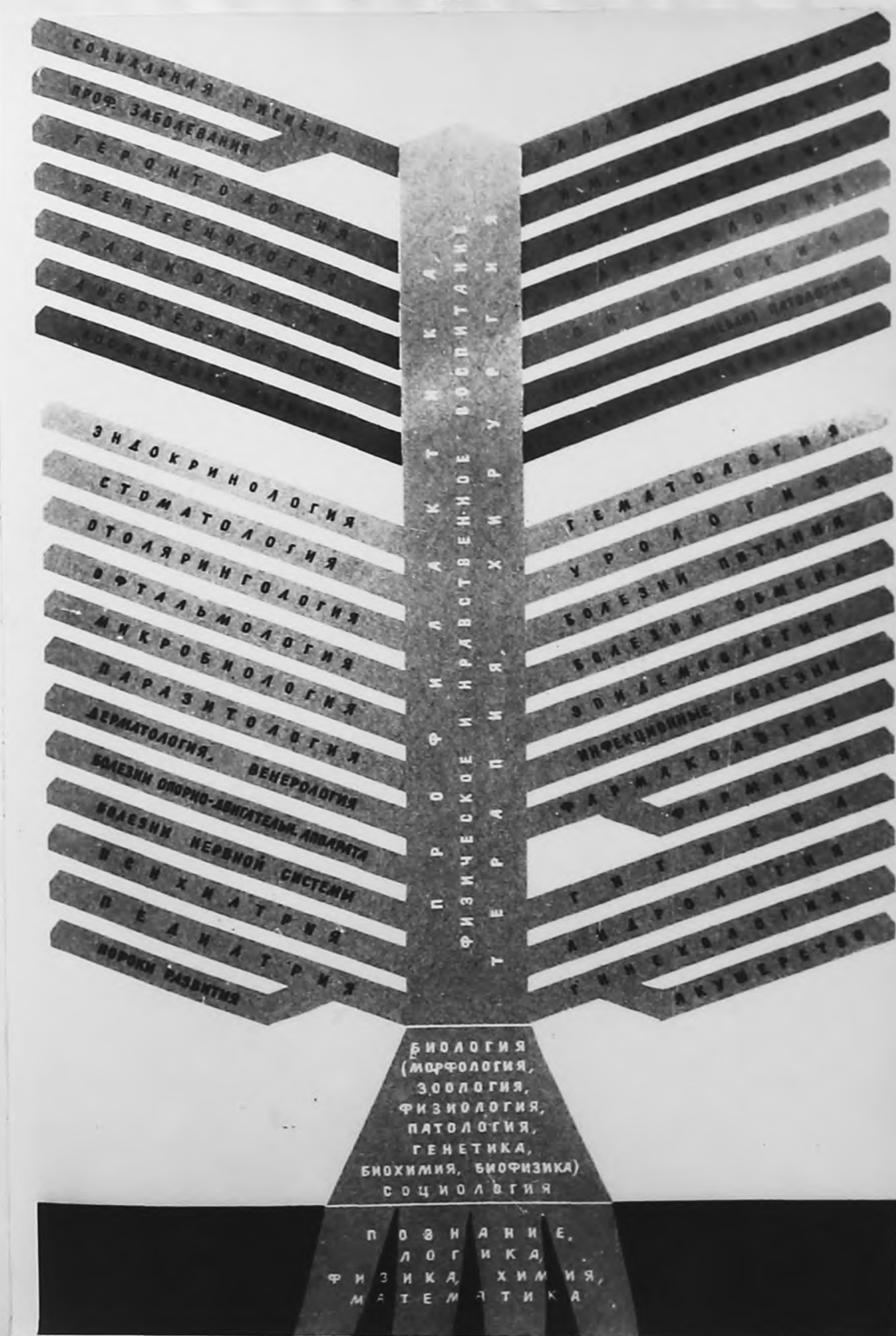


Рис. I. "Древо" медицины. Составлено
проф. И. Давыдовским (1966 г.)

оно побудило целый ряд специалистов к проверочным работам по вопросам об основных свойствах злокачественных клеток...".

И далее "...Паразитарные теории имеют в СССР мало сторонников, которые в последнее время перешли к защите теории фильтрующегося вируса...".

Но, несмотря на это, Н.Н.Петров положительно относился к исследованиям М.М.Невядомского, стремящегося представить историю онкологии.

Он писал: "...Мысль проф.М.М.Невядомского представить достижения русской онкологии в историческом аспекте несомненно заслуживает внимания и одобрения..." (283). Об этом же говорил и проф.И.Т.Шевченко. В рецензии на монографию Б.С.Ручковского "Очерки развития советской экспериментальной онкологии" он писал: "...Монографических работ, посвященных вопросам истории советской онкологии, нет. Работы же, затрагивающие этот вопрос, имеют характер журнальных статей или представляют собой отдельные ссылки в руководствах по онкологии. Между тем, освещение пути, пройденного учеными за годы советской власти в области изучения такой актуальной проблемы, как проблема рака, является современным и необходимым..."^{х)}.

На Урале онкология как наука стала развиваться лишь в советский период. В дореволюционный период ею занимались практически хирурги, поэтому специальных исторических изысканий, посвященных раку, на Урале имеется недостаточно. Большинство работ посвящено послереволюционному развитию (Л.М.Ратнер - 317,318, В.Т.Селезнева - 360, Ю.Э.Соркин - 370,373, М.С.Шульман - 463, 465, 466, 467).

^{х)} "Вопросы онкологии" т.УІ, №-4, 1960 г., стр.ІІІ-ІІЗ.

На Урале, так же как и в других районах, появлению научной медицины предшествовал длительный период народного врачевания болезней. Народная медицина и в дальнейшем после появления научной медицины продолжала занимать большое место в жизни народа (В.Т.Селезнева - 362). Много позднее доктор медицинских наук проф. В.П.Луканин (202) писал: "...Госпитальная терапевтическая клиника Свердловского мединститута в течение нескольких лет ведет клинические наблюдения над действием ряда лекарственных растений Урала, издавна употребляемых в народной медицине Урала..". Организованное медицинское обслуживание населения Урала началось в XVIII веке. В этот период начала развиваться фабрично-заводская медицина (С.А.Баташов - 16, М.Я.Галкина - 68, В.П.Кузякин - 163, И.П.Мокеров - 228, В.Т.Селезнева - 360).

Небольшую медицинскую энциклопедию Урала начала XIX столетия представляет книга доктора медицины, старшего врача Ревдинского и Шайтанского заводов - Т.Успенского, написанная на латинском языке, "Медико-топографическое описание Екатеринбургского горного округа и его города" (Москва, 1835 г.), где имеется, например, первое по времени описание зоба на Урале, а также дается характеристика ряда заболеваний. Интересно отметить, что рак он относил к местной болезни. Зархи Г.И. (116) назвал этот труд - первым шагом научной медицины на Урале.

В конце XIX столетия происходило дальнейшее накопление эмпирических знаний об опухолях. Естественно, что такого рода наблюдения и описания отдельных удачных операций находили себе место, в первую очередь, на страницах медицинских журналов. Среди медицинских журналов, издававшихся на Урале в конце XIX и начале XX вв., особого внимания заслуживает "Записки Уральского медицин-

ского общества". Основанный в 1890 г., журнал был тесно связан с деятельностью уральских врачей (В.Т.Селезнева - 357,358).

В конце XIX, начале XX в. на Урале появилось значительное число хирургов, внесших свой вклад в развитие теории и практики своей специальности (В.Т.Селезнева - 360, Ю.Э.Соркин - 371, 377, 381). Об их деятельности можно судить по публикуемым ими отчетам и ряду работ (А.Н.Бенедиктов - 19-20, И.Блакфельд - 30, П.П.Кибардин - 142, Д.П.Кузнецкий - 159, А.Н.Меншиков - 219-220, С.А.Миславский - 225, Н.М.Мультановский - 229, 230, 231, А.М.Новиков - 253, В.М.Онуфриев - 258, 259, В.Г.Перетц - 272, А.Н.Попов - 297, Э.Сенкевич - 344, 345, Цандер - 425, 426).

По истории медицины на дореволюционном Урале защищено несколько кандидатских и докторских диссертаций, выпущена монография (Г.Е.Гуревич - 86, В.Т.Селезнева - 357,360).

Касаясь истории хирургии, а тем более онкологии на Урале, можно констатировать, что таких работ опубликовано не много (С.А.Баташов - 16, П.А.Гузинов - 84,85, Д.И.Егоров - 103, М.С.Левченко - 191, А.Т.Лидский - 193, 194, 195, Б.В.Парин - 269, В.И.Разумовский - 310, Л.М.Ратнер - 317, 318, В.Т.Селезнева - 360, Д.К.Соколов - 369, Ю.Э.Соркин - 371, 373, Ф.М.Теплоухова - 398, М.С.Шульман - 463).

Обзор литературы по истории отечественной онкологии мы хотим закончить замечательными словами бывшего президента Академии наук СССР С.И.Вавилова, который на сессии Академии наук СССР по вопросам истории науки (январь 1949 г.) сказал:

"...Давно приспела пора отдать должное достижениям нашей науки, наших отечественных ученых, правильно и по достоинству оценить многие ее великие открытия и с научными аргументами в руках до-

казать и показать всему передовому и честному человечеству роль науки нашей страны в создании мировой науки...".

2. Краткий очерк развития онкологии в дореволюционной России и в СССР

У восточно-славянских народов опухолевые заболевания известны давно — с XI-XII веков. Проф. В.А. Опель (261) в монографии "История русской хирургии", 1923 г. пишет: "Если теперь задаться целью и отыскать первые признаки хирургической помощи в России с фактической точки зрения, то эти данные можно найти в I томе Сочинений Вильгельма Рихтера "История медицины в России", вышедшей в Москве в 1820 г. (322) ... В XI веке произведены были разрезы железных опухолей, т.е. опухолей лимфатических желез, что доказывает история великого князя Святослава Ярославича (1076 г.)" (В.А. Опель — 261, Н.А. Богоявленский — 38).

В памятнике XI века — в Патерике Синайском — встречаются обозначения раковых заболеваний под словом "Каркин" или "Канкрин", заимствованном из греческого языка (Cancer). Упомянутые там язвы молочной железы женщины названы "Каркинос" (Н.А. Богоявленский — 38). Читателям объяснялось, что и "канкрин" и "кансар" означает одновременно и рак-водное животное, и рак—"болячку злу".

Интересно, что эмблемой IX Международного противоракового конгресса, который состоялся в Токио в октябре 1966 г., явился зеленый кружок, на котором помещено изображение краба, выполненное по материалу древней японской графики (Н.Н. Блохин — 35).

Что касается древнейших народностей, живущих на территории нашей страны — армянской и грузинской, то сведения о раке у них

появились значительно раньше древнерусских. Так, в армянской медицине сведения о раке появились в IV в. нашей эры. Упоминание об этой болезни встречается в Библии, переведенной в IV в. с греческого и ассирийского языков и написанной на древнеармянском языке. В этой книге слово "рак" не было переведено с греческого и латинского языков дословно, и исходя из сущности болезни, ему было дано название "кацкех", что на армянском языке означает голодная ненасытная рана (К.Л.Базилян - 13). Элементы медицинских знаний в древней Грузии находятся в раннем письменном источнике, относящемся к V веку, "Мученичество Шашаники". В XI-XII вв. в Грузии появляются медицинские письменные памятники - Карабадины. В них имеются сведения о раке (И.И.Никобадзе - 245, 246).

Вообще понятие "рак" скрывалось в то время под самыми различными и в то же время малохарактерными названиями, как "недуг лихой", "болячка или немощь неисцелна", "зла лиха".

Однако, было бы тщетным искать следы какого-либо "учения" о раковых опухолях у первенцев русской письменности.

Древнерусское врачевание в ряде случаев выявляло этиологические основы заболевания раком. Среди причин выделялись такие моменты, как механическое раздражение кожи, "необузданное поведение", "преизлишнее винопитие", "объядание", всякие тягостные лишения в жизни больного. От периода феодальной раздробленности Руси (XI-XIII вв) сохранились и оригинальные описания опухолевых болезней, которыми страдали исторически известные русские люди (рис. 2).

Клиника злокачественных опухолей ярко описана Авиценной в его знаменитом "Каноне о медицине" XI в. (В.К.Джумаев - 94, Б.Д.Петров - 287).

Значительно более богатые сведения о раке мы находим в литературных памятниках XVI-XVII столетий (А.В.Пруссак - 305, М.П.Федюшин - 412). Различные заметки об этой болезни находят отражение в литературе самого разнообразного содержания - житиях, юридических актах, педагогических сочинениях, воинских книгах, требниках, произведениях сказочного и сатирического характера. Можно утверждать, что ни одно из тогдашних медицинских произведений не осталось равнодушным к проблеме рака.

Однако рукописные источники не дают никаких сведений о какой-либо организации борьбы против раковых болезней в допетровской Руси.

В XVI в. восточным славянам раковая болезнь была известна под названием "Гангрена" или "Канцер" (М.П.Федюшин - 412).

В лечебниках XVII в. опухолевые процессы носят название "волосатиковые болячки" или "волосатик" (В.Ф.Демич - 89).

К концу XVII столетия появляется термин "рак" (А.В.Пруссак - 305, М.П.Федюшин - 412).

Из старинных произведений письменности явствует, что для древне-русского врача вопрос о терапии рака являлся трудным. Хирургия осуществлялась с помощью ножа и раскаленного железа и применялась только в условиях поверхностных опухолей и язв.

Огромному разнообразию клинических представлений соответствует обширный арсенал противораковых средств.

В ту отдаленную эпоху народной наблюдательностью были отмечена склонность злокачественных новообразований к метастазам. Это видно из древнейшего жития Кузьмы и Демьяна, из произведений древнерусского эпоса, апокрифических сказаний.

Большинство медицинских рукописей второй половины ХУП века и первой половины ХУШ века отмечало, что "дальней причиной" (как бы подготавливающей почву) рака является нарушение количества солей в организме или печаль, т.е., говоря современным языком, расстройство обмена веществ и нервной регуляции. "Песнопения" были рассчитаны на то, чтобы рассеять настроение ракового больного в последней стадии развития болезни.

К этой же категории лечебных средств нужно отнести "прохлаждение" больных, т.е. пребывание их в уединенной обстановке среди полей, в лесу, садах, на берегу озер и рек, в живописной местности. Летописец рассказывает, что Волынский князь Владимир Васильевич перед смертью безвыездно пребывал в своем роскошном загородном замке, носившем колоритное название "Рай".

В конце ХУП в. врачи стали подчеркивать наличие связи между злокачественными опухолями и тяжелыми психическими травмами, они писали, что раковая опухоль "меланхолическим ядом наполнена".

Еще определеннее писали об этом врачи середины ХУШ в., указывавшие, что длительное перенапряжение нервной системы предрасполагает к раку. "Дальняя причина рака есть долгая печаль" — утверждали они.

Древнерусскому врачеванию не были известны многие виды и формы суггестивной терапии: отвлекающие разговоры, чтение больному вслух книг, игра с ним в шахматы.

Опытным путем врачи седой старины дошли до применения при лечении рака фитонцидных растений. То, чего не донесли до нас летописи, читается по экспонатам необыкновенного музея, созданного по инициативе проф. Д. Г. Рохлина при кафедре рентгенологии I Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова. Он и

его сотрудники собрали коллекцию костей, ставшую энциклопедией костных заболеваний. Проф. Д. Г. Рохлин является основоположником науки - рентгенопалеонтологии. Не редкость и следы рака на костях, изучаемых в музее. В частности, метастазы рака были обнаружены на черепе известного путешественника Н. Н. Миклухо-Маклая, умершего в 40-летнем возрасте (в 1888 году) от "неизвестной болезни"/?/ (Д. Г. Рохлин - 325).

В XVIII в., по-видимому, заболевания раком получили значительное распространение, на его излечение было обращено особое внимание врачей того времени, т.к. данное заболевание "превеликую пакость человеку творит". Требовался индивидуальный осторожный подход к больному. По указу царя Алексея Михайловича патриархом Никоном была организована больница, содержащаяся на доходы с монастырей. Предназначалась она "для одержимых страшными болезнями", к числу которых относились рак, волчанка, сифилис. Больных надлежало лечить, если же они оказывались "неисцельны и скуды", предписывалось "устроить богодельню", где их одевать и давать "потребное к пропитанию, чтобы немощным, неисцельным больным не приходилось просить милостыню в многолюдных местах".

До XVIII в. основным видом лечения рака было лекарственное лечение.

В рукописных источниках XVIII в. имеются указания на хирургическое лечение рака. Среди перечня болезней систематически встречаются опухоли. Так в одном из отчетов за 1739 год Кременчугского пограничного госпиталя (январь 1739 г.), адресованных архиатеру Фишеру, которые представлялись госпиталями, в графе "звание болезней" из 197 больных значится 6, страдающих

опухолями. Однако эти отчетные данные не отражали, по-видимому, фактического положения. Несомненно, что в то время раковые заболевания далеко не всегда диагностировались, и учет их был далеко не точен.

В середине XVIII века в русской медицине была осознана необходимость ранней своевременной борьбы со злокачественными опухолями путем радикальных хирургических вмешательств.

Таким образом, при полном отсутствии каких бы то ни было организационных мер по борьбе со злокачественными опухолями, уже в первой половине XVIII века было понято значение профилактики и раннего радикального хирургического лечения опухолей (М. П. Федюшин - 412).

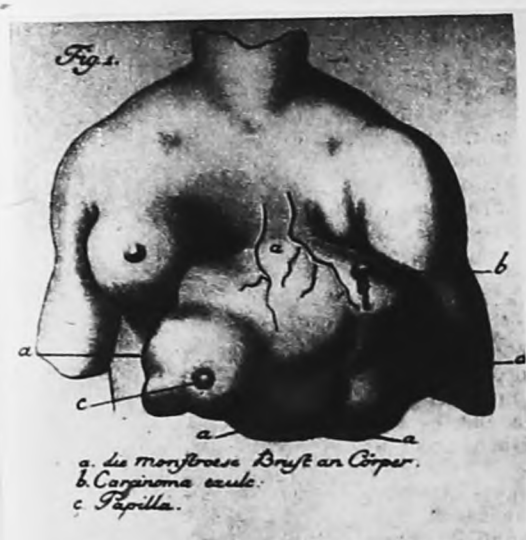
В XVIII веке появляются научные труды по лечению рака (В. П. Гришкевич - 80, 81, А. Д. Вахтерец и соавторы - 52, Э. И. Кандель - 134, В. А. Невский - 236, 237).

II/VIII-1740 г. уроженец Вильно Михаил Лидовик Кноблах защитил докторскую диссертацию "О наблюдаемом и леченном раке левой молочной железы" в Эрфуртском университете.

В 1774 г. врач Фредерик Теодор Эме издал "Наблюдение над левой женской молочной железой, частью пораженной раком, а в остальной части - скирром, полтора года причинявшим невыносимые боли и усеченной 19 мая 1773 г. в г. Несвиже" (рис. 3).

В 1777 г. защитил докторскую диссертацию "Замечания о раке грудных желез" Петербургский врач Х. Лерхе, написанную на латинском языке.

Автор показал, что в то время господствовал пессимизм в отношении исхода раковой болезни и эмпиричность в лечении этого заболевания. Лерхе одним из первых затронул вопрос о причинах



Изображение левой молочной железы, пораженной опухолью. Гравюра из книги Ф. Т. Эме «Наблюдение над левой молочной железой, частично пораженной раком» (Варшава, 1774).

OBSEEWACYA

LEWEY PIERSI

NIEWIEYSCIEY

PO CZĘŚCI SKANCEROWANEY

a refektę scyrhoz przez półtora

roku z nieznosnym bólem y

ciężarem dżwiganey

W NIESWIZU

DNIA 19. MAJA ROKU 1773

ODERZNIĘTEY

PRzez

FRYDERYKA TEODORA OEHME

MEDYCYNY, CHIRURGII ET ARTIS

OBSTETRICÆ

PRAKTYKA.

W WARSZAWIE 1774.

Nakładem MICHAŁA GROLLA J. K. Maj

Bibliopolii, w Marywile No. 19.

godz. szlach. Półtow.

Титульный лист этой брошюры.

OBSEEWACYA

LEWEY PIERSI NIEWIEYSCIEY,

przez część skancerowaney

a refektę scyrhoz przez pół-

tora Roku z nieznosnym

bólem y ciężarem

dżwiganey.

W NIESWIEZU

Dnia dziewiętnastego Maja

Roku 1773.

ODERZNIĘTEY

Przez

FRYDERYKA

TEODORA

OEHME

Medycyny Chirurgii & Artis Obstetriciæ

PRAKTYKA

Титульный лист брошюры «Наблюдение над левой молочной железой, частично пораженной раком» [Неслж (?), 1773].

Рис. 3.

обреченности больных раком. Он пришел к выводу, что причиной неудач при лечении больных раком являются диагностические ошибки, и указывал на необходимость более тщательного изучения клиники раковых болезней.

Лерхе критически отнесся к господствовавшей в XVIII в. гуморальной теории происхождения рака. Х.Лерхе пришел к заключению о возможности возникновения рака не только из "скирра" железистого происхождения, но из всяких тканевых затвердений при любой их локализации. Это был прогрессивный взгляд, повышавший онкологическую настороженность ко всяким уплотнениям в тканях.

Автор дал в диссертации обзор распространенных в XVIII в. методов лечения больных раком и советовал категорически отказаться-

ся от популярных в то время медикаментозных методов лечения специфическими противораковыми средствами. Лерхе писал, что многочисленные попытки излечить рак "ни к чему не приводят, за исключением тех случаев, когда болезнь устраняется вместе с больным органом". Он был сторонником хирургического лечения.

В научной литературе XVIII века значительное место занимает монография о раке доцента С-Петербургской госпитальной школы Ивана Яниша (написана на немецком языке) под названием "Сочинения о раке и о лучших способах его лечения" (1782-1784 гг.). И. Яниш высказал весьма важную мысль: рак никогда не возникает в здоровых тканях, а только в тканях, измененных каким-либо патологическим процессом.

В этом положении можно усматривать зародыш учения о предопухолевых состояниях. Яниш ставил себе задачу помочь практическим врачам в выборе методов лечения. Он пропагандировал раннее хирургическое вмешательство и отрицал распространенное в XVIII в. лечение цикутой, белладонной, сильными слабительными средствами.

Особое внимание Яниш уделил в своей работе методам лечения больных раком - хроников, для которых он разработал рациональную паллиативную терапию.

Работы Х. Лерхе и И. Яниша свидетельствуют о том, что отечественные ученые были не только знакомы с теориями и методами лечения раковых больных в зарубежных странах, но имели собственный онкологический опыт (Б. Н. Палкин - 268).

В 1796 г. Хорстман написал 2 работы - "Скрытый рак молочной железы" и "Неизлечимая ракоподобная бородавка полового члена" (А. Д. Вахтерев и соавторы - 52).

Ученый секретарь Медицинской коллегии Виен высоко оценил эти работы Хорстмана и отметил, что "они показывают знающего врача", "упражняющегося в операциях".

Б.Н.Палкину удалось разыскать 1144 рукописных врачебных сочинения "Медико-физических примечаний" и среди них 24 работы посвященные опухолям.

В конце ХУП в. в Медицинскую коллегию поступили для апробации и напечатания рукописные научные работы практических врачей. Среди этих сообщений особенный интерес представляют онкологические наблюдения врачей Бранта, Гайда и Дембицкого.

Доктор Брант сообщил о больной с запущенным кожным раком и описал применявшееся им паллиативное лечение, направленное, главным образом, на то, чтобы помочь природе в секвестрации некротических участков в распавшейся раковой опухоли.

Хирург Гайда сообщил о больной раком молочной железы, которую он оперировал, высказав при этом правильную мысль, что ей могла помочь только операция.

Врач Дембицкий с большой эмоциональной силой рассказал о страданиях женщины с запущенной раковой опухолью молочной железы.

Кроме приведенных работ, из которых видно прогрессивное направление отечественного учения и практических врачей в диагностике и лечении раковых больных, можно еще указать на литературные труды иностранных авторов, сославшихся на известных ученых Бидлоо и Марентейма, состоявших на русской службе и сыгравших положительную роль в развитии учения о раке.

Бидлоо впервые предложил резекцию грудной мышцы при ампутации молочной железы по поводу рака в случаях прорастания этой мышцы опухолью. Это был первый шаг, сделанный в ХУШ в. в России

на пути поисков радикального хирургического лечения больных раком грудной железы. Бидлоо указывал также на опасность послеоперационных кровотечений у оперированных больных раком, в то время как в XVIII в. считали, что кровотечение из раны при операции по поводу рака и в послеоперационном периоде являлось полезным и необходимым потому, что таким путем из организма оперированного больного раком выделяется "раковый яд".

Данные о раке мы находим в словаре Российской академии и в первом отечественном медицинском словаре, составленном проф. Н.М. Амбодиком.

Известно, что язвенная язва по данным этого словаря, уже в XVIII в. характеризовалась как "опасная с раком сопряженная", т.е. как предопухолевый патологический процесс.

В 1805 г. был издан сборник научных работ русских врачей на латинском языке, под редакцией ученого секретаря Медицинской коллегии И.И. Виена.

4 сочинения (штаб-лекарей Другова и И. Зигельмана, лекарей Изаницкого и И. Рундквиста) содержат описания злокачественных опухолей различных органов.

Штаб-лекарь С. Успенский приводит случай эпилепсии, явившийся следствием новообразования паутинной оболочки.

Статья Е.К. Валериана содержит описание заболевания желудка (очевидно рак), приведшее к прорастанию его в поперечноободочную кишку.

Первой отечественной работой об опухолях головного мозга явилась докторская диссертация Василия Флориановича Войцеховского ("О мозговой грибе и губчатых наростах мозга"), которая была защищена в Виленском университете и издана в Вильню в

1825 г. (В.А.Невский - 237).

Вторая работа принадлежит перу И.А.Малышева и называется "О темной воде и мешечной кашеобразной опухоли, найденной в больших желудочках мозга" (опубликована в журнале "Друг здоровья", 1834 г., № 8, 9 и 11). Эта работа показывает высокий для того времени уровень развития медицинских знаний не только в столичных центрах, но и в провинциальных городах, в данном случае - в Воронеже (Э.И.Кандель - 134).

В одной отечественной и в двух иностранных библиографиях XVIII в., имевших международное значение, найдены фамилии живших в России и писавших о раке ученых и наименование их трудов.

Произведения литературы показывают, что в XVIII в. европейские ученые медики очень внимательно относились к работам, проводившимся в России. Таким образом, уже в XVIII в. происходил обмен онкологическим опытом между всеми европейскими учеными.

Однако как в странах Западной Европы, так и в России научная техника и методика исследований носили еще примитивный характер. Так, например, лабораторных, а тем более микроскопических исследований для изучения природы злокачественных новообразований вовсе не применялось, а поэтому вопросы этиологии и патогенеза раковых опухолей решались умозрительно, и в распознавании раковой болезни допускались крупные диагностические ошибки, лечение носило, в большинстве случаев, грубо эмпирический характер.

Несмотря на то, что теоретические положения и методы, которыми руководствовались медики в XVIII в., подверглись коренной переоценке, нельзя не отметить энергичную деятельность, которую проявляли наши отечественные медики в области изучения природы

и лечения раковых больных.

Собранные В.Ф.Качаевым (I40, I41) архивные и литературные материалы за время с 1709 г. и до конца XVIII в. позволяют установить ряд фактов, относящихся к формированию учения о раке в отечественной медицинской науке. Архивные документы (рапорты профессоров, экзаменационные аттестаты и др.) устанавливают факт преподавания основ учения о раке в русских медицинских школах, ряд материалов также свидетельствует о накоплении отечественными врачами клинического опыта в диагностике и лечении больных раком. Упомянутая документация представляет собой небольшие рукописные и опубликованные труды, содержащие истории болезней. Эту литературу следует рассматривать как казуистическую литературу о раке в XVIII в., так как, согласно распоряжениям Медицинской коллегии, врачебные наблюдения, представлявшие клинический интерес, тщательно оформлялись и были предназначены для опубликования в печати.

Материалы, изученные на основании архивных данных, показывают, что учение о раке излагалось в XVIII в. в 3-х дисциплинах: патологии, хирургии и фармакологии. Обнаружено II учебных руководств, по которым читались лекции о раке (В.Ф.Качаев - I41).

Наиболее полные данные по этому вопросу находятся в архивных документах, относящихся к периоду деятельности медико-хирургических училищ, т.е. к концу XVIII столетия (Б.Н.Паликин - 268). В архивных фондах Медицинской коллегии имеются рапорты профессора Московского медико-хирургического училища П.М.Шумлянского и проф. Петербургского Медико-хирургического училища Я.О.Соколовича о прочитанных ими лекциях о раке.

Проф. Я.О.Соколович в 1796 г. изложил на лекциях весь раздел

учения об опухолях по данным руководства по хирургии Каллизе-на (1777 и 1788-1790 гг.). Он читал лекции о "скирре" и раке и, кроме того, изложил вопрос о доброкачественных опухолях - липомах, полипах, а также о родимых пятнах и бородавках, которые в XVIII в. относились, так же как и в настоящее время, к образованиям, угрожающим превращением их в рак, т.е. по современной терминологии к предопухолевым состояниям. Важно отметить, что Я.О.Соколовitch излагал студентам методы оперативного вмешательства при раке. Так, например, он излагал на лекциях методы экстирпации и ампутации молочной железы. В XVIII в. экстирпация патологически измененной ткани молочной железы производилась при незапущенной раковой опухоли небольшой величины, не связанной с подлежащими тканями, в то время как ампутацию молочной железы производили при запущенной распавшейся раковой опухоли, занимавшей большую часть железы. В XVIII в. производили также чаще по онкологическим показаниям ампутацию полового члена, кастрацию и энуклеацию глаза.

Я.О.Соколовitch знакомил студентов и с этими видами оперативного вмешательства. Таким образом, он излагал студентам методы оперативной хирургии применительно к онкологической практике.

П.М.Шумлянский в одном из своих рапортов в 1796 г. сообщил Медицинской коллегии о том, что он прочел студентам лекцию о раковых язвах, придерживаясь учебных руководств Платнера и Рихтера (Н.А.Оборин - 256) /рис. 4/. Если позволяли обстоятельства, то он сопровождал свои лекции показом на больных хирургических операций.

Приведенные данные являются прямым доказательством преподавания онкологии в русских медицинских школах XVIII в. Кроме лек-

ЮГАННА ЗАХАРІЯ ПЛАТНЕРА
доктора и профессора медицины
въ лейбцигѣ

ОСНОВАТЕЛЬНЫЯ
НАСТАВЛЕНІЯ
ХИРУРГИЧЕСКІЯ
МЕДИЧЕСКІЯ
И
РУКОПРОИЗВОДНЫЯ

въ пользу учащимся
съ прибавленіемъ къ тому изобрѣтенныхъ нѣко-
торыхъ инструментовъ или орудій и другихъ
вещей къ лѣкарскому искусству принад-
лежащихъ.

Переведены съ Латинскаго языка на Россійской Санктпетер-
бургской Адмиралтейской Гошпитали Штабъ Лѣкарь
МАРТИНОМЪ ШЕННЫМЪ.



ВЪ САНКТПЕТЕРБУРГѢ
при Императорской Академіи Наукъ.
1761 года.

Титульный лист книги И. Платнера в переводе
М. И. Шенна (первоначальный вариант).



И. З. Платнер.

Рис. 4.

ций обязательно были практические занятия, которые заключались в курировании больных и в освоении студентами методов оперативной хирургии. В случае смерти курируемого больного учащиеся должны были вносить в эпикриз данные патолого-анатомического вскрытия. Эта, известная историкам медицины система наглядного обучения учащихся в русских медицинских школах XVIII в. подтверждается в литературе не только указанными профессорскими рапортами, но и трудами, опубликованными в XVIII в. Так, например, в обнаруженном сборнике клинических трудов, опубликованных в 1797 г. проф. Петербургского Калининского хирургического института Х. Кникстедтом, говорится о том, что учащиеся этого инсти-

тута именно таким образом усваивали клинику различных заболеваний и, в частности, клинику раковой болезни. Требования профессоров на экзаменах были очень высокими. Строгость проверки знаний на теоретическом экзамене выражалась в весьма большом количестве вопросов, которые предлагались испытуемому.

В архивных фондах обнаружен ряд экзаменационных аттестатов с вопросами об опухолях (В.Ф. Качаев - I4I). Например, в аттестате Кербера (1798 г.) значится вопрос о лечении рака.

Кербер дал на него следующий ответ: "Рак-это скirrрозного происхождения опухоль, часто отличающаяся болями, зловонием и едкостью".

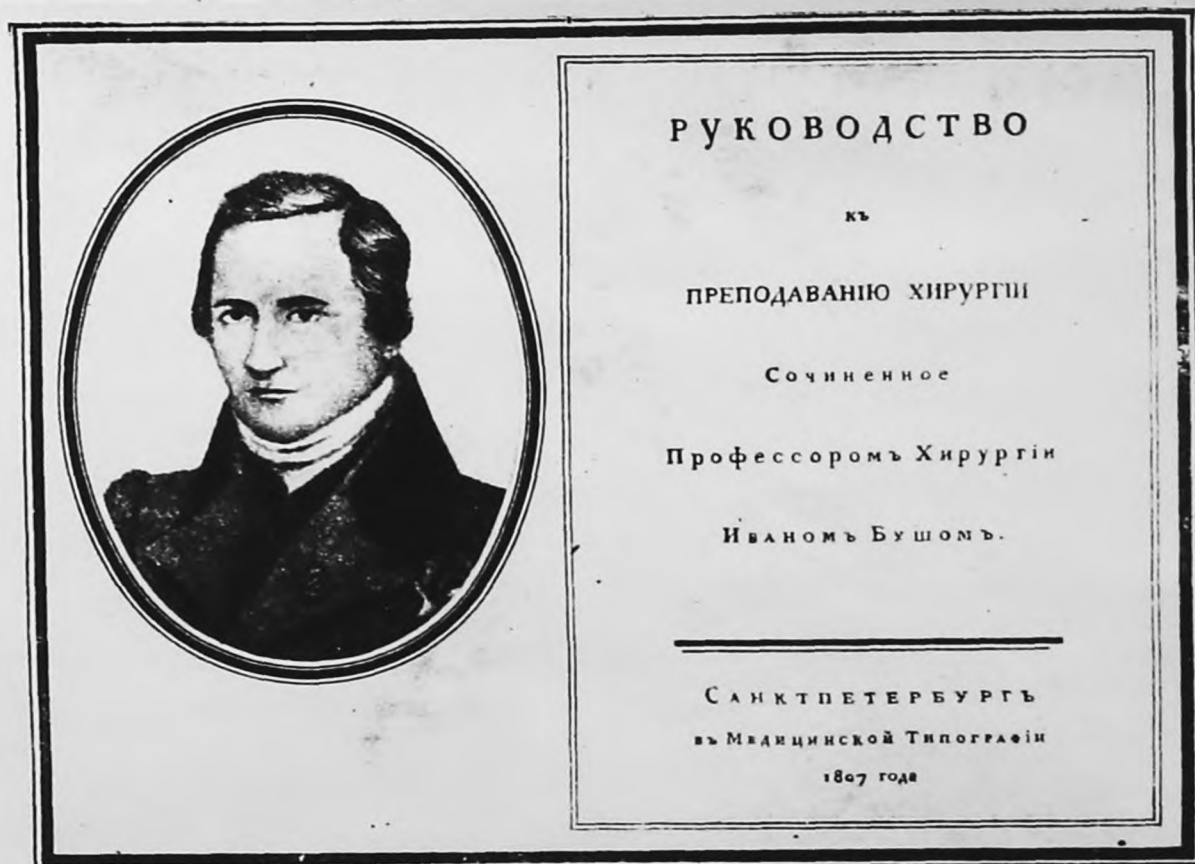
В аттестате Быстрошазова (1797 г.) фигурирует вопрос о наружном применении свинцового препарата при холодных опухолях. По данным учебным руководствам, в группу холодных опухолей входили "скирр", рак и доброкачественные опухоли. По этим же данным при распадавшихся раковых опухолях местно применялись свинцовые препараты, как антисептическое и болеутоляющее средство, на что указывалось, например, в руководстве по фармакологии Бургава. Все вопросы с ответами, в найденных аттестатах, были написаны на латинском языке.

На экзаменах выявлялась способность испытуемого к оказанию лечебной помощи больным раком.

По данным изученных аттестатов, вопросы о раке задавались на экзаменах не только студентам и выпускникам русских медицинских школ, но и отечественным врачам при решении вопроса о представлении им права лечебной практики в России, у русских врачей при соискании или ученых званий, а также у прибывших в Россию иностранных медиков до получения ими разрешения на ле-

чебную практику.

В 1807 г. И.Ф.Буш написал первое руководство по хирургии на русском языке, выдержавшее 5 изданий - "Руководство к преподаванию хирургии". В нем имеется раздел об опухолях ("окреп-лостях") /рис.5/.



3. И. Ф. Буш (1771—1843 гг.)

Рис. 5. Академик И.Ф.Буш и титульный лист его "Руководства к преподаванию хирургии".

Общие вопросы клиники и течения рака изложены в руководстве обстоятельно и на уровне науки своего времени.

Заслугой И.Ф.Буша является то, что он рекомендовал начинать раннее оперативное лечение рака пока еще не поражены лим-

фатические пути ("всасывающая система"), в то время как многие его современники считали рак неизлечимым заболеванием и брали под сомнение возможность излечения больных оперативным путем (В.И. Колесов - 149).

Раннее хирургическое лечение больных раком, вопросы о диагностических ошибках в онкологии, отнесение некоторых патологических процессов к предопухолевым состояниям - все эти вопросы, поднятые в XVIII в., получили полное развитие в советской и мировой онкологии.

С этой точки зрения объект изучения вопроса о начальных этапах развития онкологии и беспристрастная оценка фактов показывает, что в XVIII в. русские ученые медики глубоко изучали проблему рака и внесли ценный вклад в развитие этой области медицины.

В начале XIX века начинается блестящий период оперативного лечения рака (Н.Я. Шабашова - 443, 444).

В 1833 г. И.В. Буяльский произвел операцию по поводу рака молочной железы, удалив последнюю с большой грудной мышцей, за исключением ключичной ее части. Больная поправилась.

В 1834 г. врач Иван Франк в г. Казани произвел мальчику 14 лет резекцию нижней челюсти по поводу опухоли с хорошим функциональным и косметическим результатами. К статье приложен рисунок, изображающий больного до и после операции. Следует подчеркнуть, что такого рода операция в условиях провинциальной больницы в эпоху донаркозной хирургии была большим достижением.

В 1839 г. В. Шлярский оперировал в Черменской богадельне инвалида, которому с успехом иссек обширную злокачественную опухоль на лице, получив вполне благоприятный непосредственный ре-

зультат.

В 1842 г. И.В.Буяльский легко удалил у больной обширный перекрученный полип шейки матки. Больная поправилась.

Большое внимание привлекла к себе операция, произведенная И.В.Буяльским в 1843 г. в Марининской больнице (для бедных). Он успешно произвел резекцию верхней челюсти.

Весьма смелую для того времени операцию произвели в 1849 г. Ф.О.Елачич и А.А.Киттер, которые влагалищным путем удалили матку, пораженную раком.

Введение в хирургическую практику наркоза в 1847 г. значительно расширило рамки оперативного вмешательства. Начало увеличиваться число операций по поводу опухолей. Первая успешная операция овариоэктомии произведена А.Я.Крассовским в 1862 г.

В 1871 г. Н.П.Берлинг произвел резекцию верхней челюсти по поводу саркомы.

В 1875 г. проф.Н.В.Склифосовский с успехом произвел удаление половины гортани с подгортанником, пораженных злокачественной опухолью. Эта операция имела большое и принципиальное значение в развитии оперативной онкологии верхних дыхательных путей. Им же дважды производилась гастростомия по поводу злокачественных опухолей пищевода.

В 1876 г. Е.Рейн произвел лапаротомию и экстирпацию матки по поводу фибромиомы с хорошим исходом.

В 1877 г. известный петербургский хирург Н.В.Экк произвел две надвлагалищные ампутации матки по поводу доброкачественных опухолей с хорошим исходом.

Таким образом, в 70-80 годах прошлого столетия были заложены основы оперативного лечения опухолей женских половых ор-

ганов. Параллельно с этим развивалась и хирургия брюшной полости.

В 1884 г. Л.Н.Фидлер защитил диссертацию на тему "Циркулярное и частичное иссечение желудка". Автор пришел к выводу, что рак желудка следует лечить только оперативно и что резекция желудка спасает жизнь многим больным.

В 1885 г. в "Обзоре русской медицинской литературы" М.О.Перфильев упоминает о полостных операциях, произведенных Н.Д.Монастырским и А.А.Китаевским по поводу злокачественных опухолей (А.О.Левин - 187, М.И.Лыткин - 205). 1888 год явился началом плодотворного изучения хирургии пищевода (Б.В.Петровский и С.М.Бабичев - 293).

Приоритет в изучении и практическом решении этой трудной проблемы хирургии по справедливости принадлежит профессору Петербургской Военно-медицинской Академии И.И.Насилову.

В д-25 "Врача" за 1888 г. И.И.Насилов опубликовал свою работу "Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди". Это была первая работа в мировой литературе, в которой автор предложил новый экстраплевральный хирургический доступ к грудному отделу пищевода.

Следующим этапом в хирургическом лечении заболеваний пищевода являются работы русского хирурга В.Д.Добромыслова.

Оценивая их значение в разработке хирургических доступов к пищеводу, С.С.Кдин указывает: "В 1900-1902 гг. В.Д.Добромысловым были произведены совершенно необычные по смелости чрезплевральные операции на пищеводе. Они не только намного опередили все эксперименты зарубежных хирургов, но и теперь, через полвека, просто восхищают, как подлинные предтечи современных дости-

жений в этой труднейшей главе хирургии".

К началу XX века передовые хирурги России, опираясь на экспериментальные исследования, все чаще прибегали к хирургическим вмешательствам на пищеводе (С.П.Федоров, В.Н.Розанов, В.М.Рокитцкий, П.А.Герцен) /Б.В.Петровский и С.М.Бабичев-293/.

Работы по хирургии опухолей, принадлежащие перу русских хирургов, создали благоприятную почву для развития самостоятельной русской школы.

В XIX столетии происходило накопление эмпирических знаний об опухолях. С 20-х годов XIX в. в России выходят в свет работы Ф.Ф.Брока, Ф.Е.Сабинина, Н.С.Топорова, А.Шкляровского, в которых приводятся преимущественно клинические данные о злокачественных опухолях (М.М.Невядомский - 240).

Большую роль в изучении опухолевых процессов играли университеты и их медицинские факультеты (В.Куторга - 171, 172, В.А.Шалаев - 445).

Старейшим университетом в нашей стране по праву считается Виленский, основанный в 1574 г. Свыше 150 лет насчитывает и Виленское медицинское общество. Только на протяжении 1811-1827 гг. на медицинском факультете Виленского университета выполнено 12 диссертационных работ по онкологии, среди них диссертации: О.Нехведовича "О редких органических заболеваниях языка" (1811 г.), А.Савицкого "О скirrе и раке вообще" (1812 г.), Ф.Врублевского "О раке глазного яблока и его лечении" (1815 г.), К.Порционко "О раке губ" (1818 г.), В.Войцеховского "Об опухолях мозга" (1825 г.) и др.

Первый ректор Виленского университета Петр Скарга основал в 1825 г. в Варшаве первый в Европе стационар, где госпитализи-

ровались онкологические больные.

Выдающуюся роль в комплектовании профессорско-преподавательского состава русских университетов и обеспечении всей России специалистами с высшим образованием в XIX веке играл Тартусский университет. Интересовала врачей университета и проблема рака, что нашло отражение в ряде печатных трудов по онкологии.

В Тартусском университете в течение XIX века (с 1802 г.) по проблеме онкологии были проведены следующие работы:

- 1). Разработка статистического материала о раке с 40-х годов XIX столетия (Адельман и др.).
- 2). Ознакомление врачей с современными взглядами на этиологию и источники рака, изучение гистогенеза отдельных локализаций рака (Э.Берман, Рубинштейн и др.).
- 3). Проведение клинических исследований по изучению крови при раке и других клинических симптомов рака (К.Легио, Г.Нейбер, Рубинштейн, С.Васильев и др.).
- 4). Проведение сложных по своему времени хирургических операций по поводу рака с хорошими результатами, совершенствование техники операций (Э.Берман, А.П.Губарев, В.Цеге-Мантейфель и др.).
- 5). Обслуживание онкологических больных Прибалтийского края и соседних губерний.

Всего за XIX век удалось собрать с помощью доктора Калнина (кафедра гигиены Тартусского университета) 55 опубликованных научных работ, посвященных раковой проблеме (В.А.Шалаев - 445).

Первые печатные труды по раку в России имели существенные черты:

1) Злокачественные опухоли рассматривались как местное проявление общего диатеза или заболевания.

2) Подчеркивалась роль психических факторов в возникновении опухолей.

3) Наряду с общими этими моментами, которым придается первенствующее значение, подробно анализируются местные изменения тканей, ведущие к раку, и их причины.

4) Правильно указывается на роль хронических раздражителей /например, прижигание препаратом/, повторное повреждение /например, острым зубом/, дистрофические и гипертрофические процессы в возникновении злокачественных опухолей, что соответствует современным представлениям о предраковых заболеваниях.

5) Подробно разбираются вопросы дифференциальной диагностики опухолей.

6) В лечении злокачественных опухолей твердо подчеркивается необходимость своевременной и наиболее радикальной операции.

Коренному перелому в развитии учения о злокачественных новообразованиях способствовали кафедры патологической анатомии на всех медицинских факультетах университетов и в Медико-хирургической Академии, проводившие по примеру Н.И.Пирогова клинικο-патолого-анатомические сопоставления, метод микроскопических исследований, который начал применяться в 40-х годах XIX века (И.П.Матшенок, 1841 г.; Ф.И.Иноземцев, 1846 г.; А.И.Полунин и др.) и в особенности внедрение в клиническую практику антисептики, а затем асептики.

В 40-х годах XIX в. ведущая роль в развитии онкологии в нашей стране принадлежит видному отечественному клиницисту-хирургу Ф.И.Иноземцеву, который учил, что для успешного лечения

злокачественных новообразований человека необходимо знать причины, ведущие к их развитию (М.М.Невядомский - 240).

На основании изучения процесса метастазирования злокачественных новообразований Иноземцев пришел к заключению, что метастазирование происходит гематогенным путем, причем, чем более васкуляризирована опухоль, тем возникает большая вероятность распространения новообразования по организму.

Выдающийся деятель медицины 40-50 годов XIX века А.И.Полунин развивал взгляд, что метод микроскопического исследования гистологических срезов является незаменимым в медицине и особенно в онкологии, т.к. он позволяет рано и точно диагностировать болезнь и может помочь отличить опухоли доброкачественные от злокачественных.

60-е годы XIX столетия в России характеризуются дальнейшим развитием онкологии. Плеяда талантливых ученых: Е.В.Пеликан, Г.С.Иллинский, И.Матвеев, Е.И.Богдановский, В.Сиродомский и др. обогатили отечественную и мировую науку важными исследованиями по изучению злокачественных новообразований (М.М.Невядомский - 240).

Особенно плодотворно было развитие учения о злокачественных новообразованиях на кафедре патологической анатомии Петербургской Медико-хирургической Академии, руководимой М.М.Рудневым (1837-1848 гг) /Б.С.Ручковский - 327, Л.М.Шабат - 439-441/. За 11 лет им и его многочисленными учениками было выполнено 132 научных работы, в том числе 63 диссертации. Среди исследователей были не только патолого-анатомы, но и гистологи, клиницисты, ветеринарные врачи.

Логическим завершением многих работ М.М.Руднева и его уче-

ников, посвященных выяснению спорных вопросов гистогенеза и патогенеза опухолей, в частности рака, была экспериментальная работа М.А.Новинского (1841-1914 гг.). Она называлась "К вопросу о прививании злокачественных новообразований (экспериментальное исследование)" и была защищена в 1877 г. как диссертация на соискание ученой степени магистра ветеринарных наук. Работа представляет собой сводку первых в мировой науке положительных результатов прививок злокачественных опухолей в эксперименте. Следовательно, с полным правом можно сказать, что экспериментальная онкология создавалась в нашей стране, а родоначальник ее Мстислав Александрович Новинский. Его работа является истоком экспериментальной онкологии во всем мире (В.И.Калугин и В.В.Калугин - 133, Б.С.Ручковский - 327, А.М.Шабад - 439-441).

Наиболее способные студенты медицинского факультета Московского университета разрабатывали порученные им темы по выяснению спорных вопросов возникновения и строения злокачественных опухолей.

Высокую оценку получили работы М.Блюменфельда "О студенистых /коллоидных/ опухолях" (1885 г.), Н.Рахманинова, В.Кучинского, Н.Вельяминова "Тончайшее строение и развитие раковых опухолей" (1875 г.), В.Гуленича "Возникновение, развитие и роль гигантских клеток в патологических процессах" (1889), М.Иличковича "Злокачественные новообразования челюстей" (1908 г.). Авторы этих работ были награждены золотыми и серебряными медалями или похвальными отзывами. Студент У-го курса Варшавского университета Содковский в 1898 г. за сочинение на тему "Строение раковой клетки и ее дегенерация" награжден золотой медалью (267).

На рубеже XX века, как основная проблема онкологии, возникла задача изучения этиологии опухолей. Почти одновременно создались два направления.

Сторонники одного из них доказывали роль микропаразитов в возникновении опухолей, несколько позже - вирусов (В.К.Высокович, 1854-1912 гг.), В.В.Подвысоцкий, И.И.Мечников (1845-1916 годы) и др. /В.Н.Бергюльц - 26, Б.С.Ручковский - 327/.

Второе направление - (биохимическое), возникшее в 1908 г., связано с именем проф. В.М.Зыкова, Д.В.Ненюкова, А.П.Коникова и др. /М.М.Невядомский - 240/. В 1910 г. вышла первая монография на русском языке - труд Н.Н.Петрова "Общее учение об опухолях (патология и клиника)".

Книга Н.Н.Петрова была признана превосходной монографией, весьма детально и вполне современно рассматривающей сложный вопрос об опухолях и их лечении, по полноте содержания работа не имела себе подобной ни в русской, ни в иностранной литературе.

Автор талантливо, увлекательно, прекрасным языком изложил строение, происхождение, рост опухолей, опыты экспериментального воспроизведения их, иммунитет при них, этиологию и дифференциальную диагностику. В 1912 г. книга Н.Н.Петрова удостоена премии им.Буша /Ю.В.Букин - 49/.

Конец XIX в. и первое десятилетие XX века являются началом более активной и организованной онкологической помощи в России, что было связано с увеличившимся числом страдающих злокачественными опухолями.

Под влиянием передовых ученых медиков (Л.Л.Левшин, В.Ф.Снегирев, Н.И.Рачинский, В.В.Подвысоцкий и др.) было создано на

частные средства несколько небольших специальных научных и лечебных учреждений в Москве, Петербурге и Киеве.

Б.С.Ручковский в своей книге "Роль отечественных ученых в развитии экспериментальной онкологии" пишет, что "1898 г. явился знаменательной датой, когда в России впервые зазвучал призыв медицинской общественности к борьбе со злокачественными новообразованиями. Инициаторами этого движения явились проф. Л.Л.Левшин и его ученик В.М.Зыков. По предложению Левшина В.М.Зыков написал несколько воззваний, в которых призывал общественность страны принять участие в этом движении /Б.С.Ручковский - 329/. Начиная с 1906 г. в борьбу с раковыми заболеваниями включилась общественность.

Инициатором общественной борьбы с раком в России был В.Д.Попов, который в 1906 г. совместно со своими сотрудниками выпустил воззвание к врачам и акушеркам и популярный гигиенический листок для женщин. Это воззвание оказало несомненное влияние на обращаемость больных раком за врачебной помощью в более ранних стадиях заболевания.

В мае 1906 г. Петербургское академическое общество избрало комиссию под председательством Н.И.Рачинского для разработки проекта устава общества по борьбе с раком женских половых органов.

В 1907 г. особой, образованной при Акушерско-гинекологическом обществе в Петербурге "Раковой комиссией" были выработаны положения общественной борьбы с раком матки, главным требованием которого являлось, с одной стороны, устройство центральной диагностической лаборатории и учреждение сети гинекологических амбулаторий и стационарных больничных отделений для излечи-

ных раковых больных, с другой же — широкое распространение сведений о раке среди врачей, акушеров и женского населения путем издания соответственной литературы (воззвания, обращения, листовки, памятки и т.д.) и устройство цикла соответствующих лекций в сотрудничестве с Обществом народных университетов.

Образовавшееся в 1908 г. из названной комиссии, как из центрального ядра, Всероссийское общество борьбы с раковыми заболеваниями, деятельно принялось осуществлять намеченные задачи. Почетным председателем был избран В.Ф.Снегирев. Это Общество организовало свои филиалы в Москве, Одессе, Харькове, Ярославле и других городах. В 1907 г. создано Киевское общество борьбы со злокачественными новообразованиями. Была открыта лаборатория для бесплатных биопсий, которую возглавляла К.П.Улезко-Строганова, и бесплатная лечебница для лечения раковых больных рентгеновскими лучами и радием.

1/XII-1903 г. при Московском университете был открыт на частные пожертвования Морозовых первый в России институт для лечения страдающих опухолями, который возглавил Л.Л.Левшин /А.М.Зыков — 124/.

В 1911 г. в Петербурге на частные средства Елисеевых была сооружена больница на 50 коек для лечения женщин, страдающих опухолями. Больницей заведывал А.Б.Еремич. Позднее при больнице была открыта экспериментальная лаборатория (А.Б.Еремич-106).

В конце прошлого века началось относительно тщательное изучение статистики заболеваемости злокачественными опухолями. Одна из первых работ, наиболее ранних в России, по выявлению размеров пораженности населения опухолями, принадлежит П.И.Тихову — "К учению об опухолях". В этом труде впервые приведены данные

о заболеваемости раком, полученные на основании разработки амбулаторных журналов ряда лечебных учреждений за 25 лет (1874-1896 гг.). Рассмотрены структурные особенности пораженности отдельных органов в зависимости от пола и возраста.

Эта работа свидетельствует о методически оправданном пути отечественных ученых, пытавшихся изучить этот вопрос по материалам обращаемости населения за медицинской помощью.

Особенно заметный вклад в дело изучения социального значения злокачественных новообразований в дореволюционной России внесли Н.Г.Точкин (401) и А.В.Говоров. Н.Г.Точкин защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук - "К статистике рака в Петербурге за 1901-1910 гг." (1912 г.).

Для более плодотворного участия в международной работе был создан национальный комитет России, в который входили Н.А.Вельяминов, В.В.Подвысоцкий, Н.И.Рачинский, Г.Е.Рейн и др. /В.М.Корнеев и А.В.Михайлова - 153/.

В 1908 г. правление Всероссийского общества борьбы с раковыми заболеваниями выбрало 4-х представителей в Международный союз по изучению рака: проф. Н.И.Рачинского, академика Г.Е.Рейна, проф.С.П.Федорова и проф.Г.Ф.Цейдлера.

Русские ученые принимали участие в I и II-м Международных конгрессах по раку. Делегатом на II-м конгрессе в 1910 г. был Н.Н.Петров.

Большую роль в развитии онкологии сыграли съезды хирургов и терапевтов, организация хирургических обществ и медицинская печать. Замечательной чертой русских врачей было то, что научные изыскания они стремились делать без отрыва от практической борьбы /В.Р.Брайцев - 39, А.М.Заблудовский - 114, А.Я.Зельма-

нович - 118, 119, В.И.Разумовский - 312, Н.Н.Теребинский - 394, С.П.Якобсон - 473/ против рака.

Об экспериментальном изучении злокачественных опухолей (главным образом рака), патогенезе их, патолого-анатомических изменениях, диагнозе, способе лечения было сделано 32 доклада на различных хирургических съездах (Н.Н.Теребинский - 394). Вопросы онкологии обсуждались на всех Пироговских съездах за исключением IV и чрезвычайного в 1917 г. /А.Я.Зельманович - 118, С.А.Якобсон - 473/.

Большим событием в русской онкологии явился I-й Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями, который был созван в марте 1914 г. в Петербурге с числом участников 340 чел.; заслушано 76 докладов /Б.С.Ручковский и Л.Н.Гуслицер - 332/. В программу съезда были включены следующие вопросы:

- 1). Современное состояние изучения борьбы со злокачественными новообразованиями в России в связи с желательной организацией этого дела.
- 2). Современные воззрения на этиологию и патогенез злокачественных новообразований, патология, анатомия, иммунитет.
- 3). Диагностика злокачественных новообразований.
- 4). Лечение злокачественных новообразований: а/ оперативное, б/ рентгенотерапия, в/ химиотерапия и др., г/ электрокоагуляция, химиотерапия и прочие способы лечения рака.
- 5). Статистика рака в России.

"Хорошо изданные "Труды" этого съезда остаются наглядным памятником первоначального периода работы русских врачей на очень еще мало обработанной в то время теме онкологии /Н.Н.Петров-283/. Заклучая обзор литературы по истории отечественной онкологии в

дореволюционный период, мы можем с полным правом отметить, что в дореволюционной России организованной борьбы со злокачественными опухолями не было. Возможности в лечении онкологических заболеваний были очень малы, они ограничивались главным образом хирургическим вмешательством при некоторых локализациях опухолей.

В связи с малым числомоек и врачей в старой России, в связи с недоступностью лечения, подавляющее большинство тяжелых онкологических больных не получало медицинской помощи и ухода.

Научную работу в области онкологии проводили отдельные лица, главным образом, ученые-энтузиасты, которых глубоко тревожила безнадежность раковых больных и большая смертность от рака, на что они неоднократно указывали в своих выступлениях /Л.Л.Левшин, В.М.Зыков, П.А.Герцен, Н.Н.Петров, В.Г.Коренчевский, И.В.Гагенторн, Ф.К.Вебер, В.Р.Хесин и др./. Эти ученые искали пути для борьбы с раком, который они считали социальным злом.

С установлением советской власти и учреждением Наркомата здравоохранения в нашей стране вопросам онкологии было придано несравненно большее значение.

Однако нет ничего удивительного в том, что советская медицина в первые годы своего развития не могла поставить вопросы практической онкологии на должную высоту.

В самом деле, перед только что народившейся новой системой здравоохранения сразу встали во весь рост такие неотложные и громадные задачи, как борьба с тифозными эпидемиями, с детской смертностью, туберкулезом, венеризмом и другими социальными

бедствиями — наследием старого режима. В области борьбы с этими бедствиями уже имелся немалый опыт, имелись подготовленные кадры. Наоборот, противораковая борьба, в то время во всем мире находилась в первобытном состоянии. Готовых, оправдавшихся где бы то ни было организационных форм противораковой борьбы не существовало. Небольшой группе врачей, уже ранее занимавшихся онкологией, пришлось одновременно вырабатывать пригодные организационные формы для противораковой борьбы, расширять и углублять собственный опыт и готовить кадры молодых специалистов.

Этот период совпал с началом 20-х годов текущего века. Первые десятилетия этого века совпали с первыми шагами по пути применения рентгеновских лучей и радия для лечения рака. Широкие перспективы, открывшиеся в области лечения наружных форм рака, а из более глубоких — особенно рака матки, естественно породили самые оптимистические надежды на скорую победу над раковой болезнью. Вполне естественно, что противораковая борьба была вначале передана целиком в руки рентгенологов и радиологов. Вскоре, однако, обнаружилось, что лучевые методы излечивают далеко не все формы рака, и, в частности, для всех раков внутренних органов (а эти формы составляют гораздо больше половины всех раков вообще) лучевое лечение не дает убедительных результатов.

Наряду с этим стало очевидным, что хирургические оперативные способы лечения рака во многом могут быть улучшены при условии накопления большого специального опыта. Кроме того, обозначились вполне реальные пути для профилактики некоторых форм рака. В то же время, именно в 20-е и 30-е годы текущего века изу-

чение вопросов теоретической онкологии продвинулось исключительно быстро и плодотворно.

В 20-х годах нашего века Гурвич открыл митогенетические (короткие ультрафиолетовые) лучи, присущие размножению клетки злокачественных опухолей. Каннегиссет, из этой же лаборатории, доказал, что канцерогенные углеводороды в отличие от не канцерогенных проявляют способность излучать короткие ультрафиолетовые лучи.

Все эти обстоятельства поставили на очередь необходимость открытия специальных онкологических учреждений клинического и лабораторного типа, и на этот путь широко и смело вступило советское здравоохранение.

Первые шаги в организации онкологической помощи в послереволюционные годы предпринял проф. Н. Н. Петров. В Кубанском научно-медицинском обществе он сделал доклад об основах противораковой борьбы (273).

Первый Поволжский съезд врачей принимает специальное постановление о борьбе с раком матки (1919 г.)^{х)}. Врач Хеслин (Москва) поднимает в Русском хирургическом обществе вопрос о необходимости борьбы со злокачественными новообразованиями (419-420). В 1924 г. по докладу Н. С. Звоницкого коллегией Наркомздрава РСФСР одобряется организационный план противораковой борьбы, в нем предусматриваются противораковые ячейки при лечебных отделах, базирующиеся на специальных противоопухолевых пунктах.

Вопросы организации борьбы со злокачественными новообразованиями были предметом выступлений практических врачей. главным образом, на онкологических съездах и конференциях. В этих вы-

х) Казанский медицинский журнал, 1923 г., 4, 112.

ступлениях обсуждались вопросы структуры онкологической сети на периферии, оснащения ее специальным оборудованием, медицинским инвентарем, организации их работы, связи периферийной онкологической сети с центральными онкологическими научно-исследовательскими учреждениями /Брянский В.Ч. - 43/.

Ценность и важность работ практических врачей по злокачественным новообразованиям весьма велика, поскольку в них обсуждались вопросы организации борьбы со злокачественными новообразованиями, диагностики и оперативного лечения.

В 1918 г. в Петрограде был создан крупный рентгено-радиологический институт, возглавляемый проф. М. И. Неменовым и принявший большое участие в лечении раковых больных и изучении теоретических вопросов онкологии.

В 1920 г. в Харькове по инициативе рентгенолога С. П. Григорьева был организован Государственный Украинский рентгено-радиологический институт, который с течением времени стал онкологическим центром УССР. Деятельность этого института развертывалась под руководством проф. Г. И. Хармандарьяна /И. Т. Шевченко-447, 448, 449/. Так началось создание крупных государственных онкологических учреждений в СССР, пришедших на смену разрозненным частным лечебницам и амбулаториям для лечения и, главным образом, для прижизненного лечения раковых больных.

В 1926 г. в Ленинграде на территории больницы им. Мечникова было открыто сначала онкологическое отделение этой больницы, а затем Онкологический институт Ленгорздравоотдела с клиникой на 200 коек. Директором института был назначен Н. Н. Петров (92) /Н. Н. Петров - 276, А. И. Серебров - 352, 353; 384, 402/.

На базе института было создано несколько научно-исследова-

тельских лабораторий. С 1944 г. этот институт занял, благодаря многочисленным ценным исследованиям в области теоретической и практической онкологии, заслуженное место в составе открытой Академии медицинских наук СССР. В дальнейшем он был переименован в Институт онкологии АМН СССР и директором его был избран проф. А. И. Серебров. В настоящее время проф. А. И. Раков возглавляет Научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР.

В 1939 г. при Сухумском научном питомнике обезьян (ныне медико-биологическая станция АМН СССР) была организована Всесоюзным институтом экспериментальной медицины, по инициативе и при личном участии Н. Н. Петрова, специальная лаборатория экспериментального рака, переименованная позднее в лабораторию экспериментальной онкологии.

С 1920 г. стал функционировать в качестве онкологической базы Московского университета, существовавший с 1903 г. в Москве Институт для лечения больных женщин, страдающих опухолями и прекративший свою деятельность в годы гражданской войны /П. А. Герцен - 73/. В 1934 г. он был реорганизован в Центральный онкологический институт РСФСР, первым директором которого был назначен Я. М. Брускин.

В 1937 г. Институт был переименован в Государственный онкологический институт им. П. А. Герцена. Научный руководитель - действительный член АМН СССР проф. А. И. Савицкий /М. С. Малиновский - 209, А. Н. Новилов - 250, А. И. Савицкий - 336; 451/.

С 1952 г. в Москве создан 2-й онкологический центр - Институт экспериментальной патологии и терапии рака, возглавляемый действительным членом АМН СССР проф. Блохиным Н. Н. /Д. А. Биро-

ков - 29/.

Специальные онкологические институты и отделения создавались и в других больших городах Советского Союза. Так, в Киеве в Рентгенологическом институте успешно работали в области онкологии проф. П. А. Кронтовский, М. А. Магат, Г. Б. Быховский и др. /Н. В. Лазарев - 176/. В последующем Киевский институт был преобразован в Институт рентгенологии, радиологии и онкологии, директором которого является проф. Н. Т. Шевченко /Н. Г. Значковский - 123/.

В 1930 г. в Киеве создан Институт экспериментальной биологии и патологии, руководителем которого был выдающийся ученый патофизиолог А. А. Богомолец. Он и его ученики Р. Е. Кавецкий, Н. М. Нейман, Ю. А. Спасокукоцкий, Е. А. Татаринов и др. занимались изучением роли системы соединительной ткани в борьбе с опухолевой болезнью. Кроме того, Р. Е. Кавецкий изучал роль нервной системы в опухолевом процессе.

Многолетние исследования были подытожены в монографиях Р. Е. Кавецкого "Роль активной мезенхимы в диспозиции организма к злокачественным новообразованиям" и "Опухолевый процесс и нервная система".

Параллельно с экспериментальной, на Украине, успешно развивается и клиническая онкология /В. Т. Шевченко - 447, 449/. Уже в 1923 г. при Харьковском рентгено-радиологическом и онкологическом институте под руководством известного хирурга-онколога А. В. Мальникова была организована онкологическая клиника /В. Т. Волков - 62/. При Киевском научно-исследовательском рентгено-радиологическом и онкологическом институте в 1934 г. открыта клиника на 50 коек, которая в 1941 г. насчитывала уже 125 коек. Большая

заслуга в организации клиник принадлежит В.Н.Иванову и Г.Б.Быховскому. Научная продукция этих учреждений с 1920 г. по 1941 г. составила 450 научных работ.

В Свердловске противораковая борьба разворачивалась под весьма активным руководством проф.Л.М.Ратнера и его сотрудников. В 1930 г. здесь открыта онкологическая клиника, которая функционировала до 1952 г. /Ю.Э.Соркин - 370,373, М.С.Шульман - 463, 465/. Онкологические институты были созданы также в Воронеже, Ростове на Дону, Ташкенте, Одессе. Специальные онкологические клиники в Тбилиси, Симферополе, Томске, Новосибирске /Гвамичава А.Р. и Микветадзе - 69/.

Советское Правительство рассматривало противораковую борьбу как плановое государственное мероприятие. Противораковое совещание при Наркомздраве в Москве в 1926 г., Всесоюзный противораковый съезд в Харькове в 1931 г. и значительное число широких противораковых совещаний в Одессе, Днепропетровске, Москве, Ленинграде, Ростове и других городах позволили советским онкологам делиться вновь приобретаемым опытом и приступить к организации социальной профилактики рака на разумных основах.

Развернувшиеся в Советском Союзе экспериментальные и клинические исследования злокачественных опухолей нуждались в систематическом освещении и обсуждении на страницах специальной печати. С 1919 г. стал издаваться журнал "Вестник рентгенологии и радиологии", где начали печататься статьи о раке и противораковой борьбе. С 1928 г. в Харькове начал издаваться журнал "Вопросы онкологии", который с 1937 г. издается в Москве. С 1956 г. журнал издается в Ленинграде (93), до 1963 г. под редакцией Н.Н.Петрова, а с 1963 г. - А.И.Сереброва. Журнал "Вопросы онко-

логии" широко известен как проводник научной мысли и обмена опытом не только среди отечественных ученых. Этот журнал переиздается в Лондоне на английском языке и рассылается во многие страны, где преобладает английский язык.

Важной вехой в развитии онкологических организаций явились постановление Совнаркома РСФСР от 25/XI-34 г. за №-II35 "Об организации борьбы с раковыми заболеваниями" и приказ Наркомздрава РСФСР от 5/У-35 г. Этими документами предусматривалось:

1) Создание Центральной онкологической поликлиники в Москве, Ленинграде; организация специальных онкологических поликлиник в Воронеже, Ростове, Новосибирске и Свердловске и онкологических отделений в поликлиниках 52 других краевых и областных центров; создание онкоотделений в районных поликлиниках Москвы, Ленинграда с диспансерным обслуживанием больных на дому.

2) Организация центрального онкологического института в Москве и специальных курсов по онкологии при головных онкологических учреждениях.

В 1934 г. по инициативе Н.Н.Петрова в Ленинградском институте усовершенствования врачей была организована первая в стране доцентура, а затем и кафедра онкологии для подготовки врачей-онкологов.

Тогда же вышло первое советское руководство по клинической онкологии Н.Н.Петрова и его сотрудников "Злокачественные опухоли" /Н.Н.Блохин и А.И.Раков - 33/. Полностью издание руководства завершено в 1962 г. и удостоено Ленинской премии.

Заметное место в истории отечественной онкологии занял и I съезд онкологов УССР - 25-30/У-1938 г., имевший всесоюзное значение (Киев). В представленных докладах и прениях были обоб-

щены результаты научно-исследовательской деятельности в области онкологии за годы советской власти.

Менее чем за 25 лет советской власти в нашей стране был создан прообраз современной противораковой организации, в основу которой были положены принципы диспансеризации, обслуживание общей лечебно-профилактической сетью страны.

Накануне Великой Отечественной войны в 1941 г. в стране было развернуто 10 онкологических и рентгено-онкологических институтов и 3 онкологические клиники, которые обслуживали центральные области, юг России, Украину, Закавказские республики, Сибирь, Урал и Среднеазиатские республики, 26 онкологических диспансеров и 173 онкопункта и онкокабинета.

В связи с Великой Отечественной войной вся многолетняя и кропотливая работа по созданию онкологической организации была приостановлена, однако значимость организованной борьбы со злокачественными опухолями была столь велика и важна, что еще во время Великой Отечественной войны в 1944 г. в Москве состоялась научная сессия Центрального научно-исследовательского онкологического института Наркомздрава РСФСР, обсудившая пути дальнейшего развития противораковых мер в нашей стране. Самым знаменательным событием этого периода было постановление партии и правительства от 30/IV-45 г. за №-935 "О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению" /Б.Д. Кауфман - 139; 173/.

Подготовка этого документа была осуществлена группой специалистов под руководством крупного онколога проф. А. И. Савицкого, который первым возглавив созданное по постановлению Управление противораковых учреждений в Наркомздраве СССР.

Это постановление имеет историческое значение. Оно явилось

логическим завершением специальной онкологической организации в стране. Это постановление положило начало второму этапу в развитии противораковой организации в СССР, как организации государственной, чего до сих пор не знает ни одна из зарубежных стран. После этого постановления организация онкологической помощи пошла по новому, единому для всех республик пути.

В 1948 г. сеть онкологических диспансеров и пунктов была развернута. С этого времени начался период оснащения онкологических учреждений отечественной и импортной рентгеновской и гамма-аппаратурой, радиоактивными препаратами, средствами для химио- и гормонотерапии опухолей.

В январе 1947 г. онкологи страны собрались на I онкологическую конференцию в Ленинграде. На ней обсуждены были следующие проблемы: этиопатогенез злокачественных опухолей, широкая профилактика, значение предраковых заболеваний, массовые профилактические осмотры, организационные вопросы.

Министерство здравоохранения выпустило целый ряд приказов и инструкций, в результате которых стали обязательными следующие мероприятия /Е.Г.Кудимова - 158/:

1) Массовые профилактические осмотры населения с целью выявления ранних форм рака и предраковых заболеваний (приказ Министерства здравоохранения СССР №-312 от 26/V-48 г. /А.В.Чаклин - 427/.

2) Ранняя госпитализация курабельных больных, не позднее 5-10 суток со дня установления диагноза, и раннее начало лечения (приказ Министерства здравоохранения СССР №-317 от 31/V-48г.

3) Контроль и изучение причин позднего выявления рака, что

достигается путем обязательной регистрации и разбора на врачебных конференциях каждого случая позднего распознавания рака (Приказ Министерства здравоохранения СССР №-437 от 17/УП-48 г.

4) Учет и изучение отдаленных результатов лечения злокачественных опухолей, позволяющие выявить эффективность отдельных методов лечения, включая применение противоопухолевых препаратов (Приказ Министерства здравоохранения СССР №-373 от 25/У-49 г.).

После тщательного обсуждения всех предложений ведущих институтов была выработана единая клиническая классификация и рекомендации по методам лечения основных локализаций рака, злокачественных меланом, кожи и предраковых заболеваний (Приказ Министерства здравоохранения СССР №-284 от 12/У-1950 г. и №-1047 от 1/ХП-1951 г.).

Приказы Министерства здравоохранения №-164 от 22/П-51 г., №-523 от 19/У1-52 г. и № 19-М от 25/1-56 г. являются выражением дальнейшего развития мероприятий, которые были предусмотрены постановлением Правительства в 1945 г. В конце 1956 г. вышел сборник инструкций по вопросам организации онкологической помощи, профилактике, диагностике и лечению злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, который является настольной книгой практических онкологов и врачей общей лечебной сети.

В 1955 г. было создано Всесоюзное общество онкологов с филиалами в 16 городах /А.И.Савицкий и А.В.Чаклин - 338, 410; А.В.Чаклин - 432/. В Москве с 9 по 11 июня 1955 г. было проведено координационное совещание институтов АМН СССР совместно с институтами АН СССР и АН Союзных республик по вопросам онкологии, целью которого являлось расширение и координация работ по

раку, а также привлечение к участию в разработке проблемы злокачественных опухолей специалистов разных областей науки.

С основным проблемным докладом "Краткая характеристика современного состояния исследований по основным проблемам онкологии и ближайшие задачи" выступил проф. А. И. Серебров - председатель научного совета по проблеме рака при Президиуме АМН СССР.

С 1950 г. в стране систематически созываются различные конференции и совещания, на которых были /раздельно/ обсуждены вопросы рака и предраковые заболевания желудка, женских половых органов, кожи, губы, молочной железы, легких (с 1950 по 1957 гг. проведено 7 Межреспубликанских научных конференций и совещаний).

В декабре 1956 г. в Москве состоялся расширенный пленум Всесоюзного общества онкологов (организация онкологической помощи). В 1956 г. АМН посвятила вопросам онкологии X сессию общего собрания Академии. На сессии обсуждались вопросы биологии, этиологии, иммунологии опухолей, а также диагностики, профилактики и лечения опухолей. Сессия по существу представляла собой онкологический съезд (Н. Н. Блохин и А. И. Раков - 33, Н. Н. Блохин - 34). В январе 1958 г. в Ленинграде собралась II-я Всесоюзная онкологическая конференция.

В развитии отечественной онкологии и в борьбе против рака в СССР большое значение имеет постановление Совета Министров СССР от 2/1-59 г. № 8 "Об усилении научных исследований по раку" и приказ Министерства здравоохранения СССР от 16/1-59 г. № 21. Вышеуказанное Постановление Правительства СССР впервые предлагает объединить усилия медиков, биолого-химиков, физиков и других специалистов в разрешении проблемы рака. Впервые к этим научным исследованиям были привлечены институты Академии

наук СССР. Была создана комиссия по координации научных исследований в области изучения проблемы рака при АМН СССР, в которую вошли ученые-онкологи, ученые других специальностей, представители Министерства высшего образования Московской области и города, Совнархозов, председатели Госкомитетов Совета Министров по химии и по радиоэлектронике.

В соответствии с Постановлением Совета Министров СССР в ноябре 1959 г. в Москве было проведено Всесоюзное совещание по координации работ в области онкологии с приглашением специалистов различных Академий и ведомств, а также онкологов стран народной демократии. В результате этого совещания был составлен сводный план исследований по проблеме злокачественных опухолей.

В июне 1960 г. в Волгограде было проведено Всесоюзное совещание по вопросам организации онкологической помощи и крайних особенностей распространения рака и выпущена под редакцией А.В.Чаклина и К.М.Петрова библиография основной отечественной литературы "Организация противораковой борьбы и крайние особенности" (408), что явилось хорошим дополнением к библиографии русской медицинской литературы, составленной Б.А.Ивановым (126).

В 1965 г. 15-18/XI состоялась 3-я Всесоюзная конференция онкологов в Москве, посвященная многим актуальным вопросам онкологии. С 12 по 14/VI-67 г. в Киеве проходил расширенный пленум Всесоюзного общества онкологов, посвященный вопросам канцерогенеза и организации противораковой борьбы, в работе которого приняли участие свыше 450 научных работников и врачей, представители всех Союзных республик страны /А.В.Чаклин - 432/.

За последние годы значительно расширены международные связи СССР в области онкологии /А.В.Чаклин и соавторы - 434/. На У

Международном противораковом конгрессе в Париже в 1950 г. присутствуют 2 представителя СССР - А.Д.Тимофеевский и С.Н.Анфилов. На VI Международной конференции по раку в 1954 г. в Бразилии приняло участие пять советских ученых - А.И.Савицкий, Н.Н.Блохин, А.И.Раков, Е.А.Базлов, И.Т.Шевченко. В мае 1956 г. советская делегация в составе Л.Ф.Ларионова и Н.И.Перевозчиковой приняла участие в Европейском симпозиуме по химиотерапии опухолей, состоявшемся в г.Осло. В октябре 1957 г. советские ученые приняли участие в работе XUI Международного конгресса хирургов в Мексике, тематика которого была посвящена проблеме рака.

На VII Международном конгрессе по раку в 1958 г. в Лондоне принимало участие 50 советских ученых. Блохин Н.Н. избран вице-президентом, а затем президентом Международного противоракового союза, А.И.Серебров - членом Исполкома Международного союза, Л.М.Шабад, А.М.Савицкий, А.И.Раков, А.Н.Новиков, А.Ф.Ларионов - стали работать в различных комиссиях и комитетах Международного противоракового союза.

VIII Международный противораковый конгресс, состоявшийся в июле 1962 г. в Москве, был самым представительным. Его участниками были - 5000 представителей из 68 стран мира. Заслушано оюло 800 докладов, из которых 272 принадлежат советским онкологам.

В Варшаве в 1968 г. Комитет по химиотерапии злокачественных опухолей Международного противоракового союза совместно с Польской Академией наук организовал курсы по химиотерапии рака для молодых ученых стран Восточной Европы. Советский ученый, проф. Л.Ларионов, выступил с лекцией, в которой дал критическую оценку

методам отбора противоопухолевых веществ, применяемых в различных странах. Он высказал предложение о международной унификации методов первичного отбора противораковых средств.

Вопросы фармакологического изучения лекарственных веществ перед передачей их в клинику были изложены в лекции советского ученого В.Гришко^{х)}.

Наша система противораковой организации все более привлекает внимание зарубежных стран /А.Н.Новиков - 251/. Так, в 1957 г. в Брюсселе проходило заседание комитета международной противораковой организации, в котором участвовали представители более чем 30 стран. В резолюции, которую принял комитет, многие положения заимствованы у советской противораковой организации.

В начале ноября 1961 г. в Люксембурге проходила XI сессия регионального комитета для Европы Всемирной организации здравоохранения, на которой присутствовали делегаты из 32 стран. Впервые в истории ВОЗ русский язык был рабочим языком сессии. На сессии была проведена интересная научная дискуссия на тему: "Рак как проблема общественного здравоохранения". Председателем дискуссии сессия избрала проф. Новикова А.Н. Докладчиками по проблеме были консультанты Всемирной организации здравоохранения доктор Гондин (СССР) и доктор И.Мозбек (Дания), которые предварительно обследовали, как организована противораковая служба в различных странах Европы. Докладчиками подчеркивалось, что в СССР и странах Восточной Европы для борьбы с раком организованы специализированные онкологические учреждения (диспан-

х) В.Борисов. "Химиотерапия рака"; "Медицинская газета" от 3/ХП-68 г. №97 (2779).

серы, больничные отделения и пункты), которые осуществляют контроль за профилактикой, диагностикой и лечением раковых заболеваний.

В СССР эта система существует с 1945 г., и она полностью оправдала себя как высокоэффективная. В результате проведения ряда мероприятий по профилактике и улучшению ранней диагностики среди выявленных больных резко снизился удельный вес с запущенными формами рака. Увеличилось число выявленных больных с ранними стадиями заболевания. Так, если процент больных, подлежащих радикальному лечению в 1949 г. составил 44%, то в 1960 году он был равен 65,4%. Увеличилось и число больных, получивших радикальное лечение и на конец отчетного года не имеющих видимых рецидивов и метастазов с 45,8% в 1949 г. до 77,8% в 1960 г. /А.Н.Новиков - 251/.

Советская онкология в ряде направлений шла своим, особым до тех пор неиспробованным путем, находясь в авангарде ряда открытий как в экспериментальном, так и в клиническом аспекте /Н.Н.Блохин - 33,34, Н.Н.Петров - 285,286, А.И.Раков и соавторы - 314, А.И.Серебров - 355/. "Советская онкология, - писал Н.Н.Петров, - не растратила того небольшого специального наследства, которое она получила от только что зародившейся русской онкологии дореволюционного периода нашей истории" /Н.Н.Петров - 281/.

Советские исследователи (Л.М.Шабал, Л.Ф.Ларионов и др.) в своих многочисленных работах успешно развили и углубили учение о канцерогенных веществах. Особенно следует отметить, что советские авторы не ограничивались изучением теоретических вопросов канцерогенеза, судьбой канцерогенных веществ в организме,

а постоянно и плодотворно разрешали вопросы практического порядка.

В 1926 г. А.И.Абрикосовым и С.С.Вайлем были сделаны первые в мире попытки индуцировать злокачественные опухоли посредством ультрафиолетовых лучей. Они наблюдали у кроликов пролиферацию кожного эпителия с погружением его в глубину, но без инфильтрирующего роста.

В 1939 г. в Сухумском питомнике обезьян были начаты, под руководством Н.Н.Петрова и его учеников - Г.П.Ковтуновича и А.В.Вадовой - первые в Европе (после положительных результатов А.Роффо в Аргентине) опыты по изучению канцерогенного действия солнечных лучей.

Ценный вклад в экспериментальную онкологию внесли исследования бластомогенного действия радиоактивных веществ. Вводя такие препараты в костный мозг костей конечностей, сотрудники Сухумской лаборатории могли проследить на обезьянах динамику рентгенологически уловимых изменений /Н.Н.Петров, Н.А.Кроткина, А.В.Вадова и З.А.Постникова/.

Таких результатов у обезьян не достиг никто из исследователей, работавших в этом направлении как в Европе, так и в Америке. Эти исследования в 1953 г. были удостоены премии им. И.И.Мечникова.

Проводятся весьма интересные исследования, касающиеся круговорота канцерогенных агентов в окружающей человека среде, показавшие, в частности, возможность биологической инактивации канцерогенных агентов, выпадающих из атмосферы в почву, за счет деятельности некоторых почвенных микроорганизмов.

Большое количество исследований посвящено в СССР опухоле-

родным вирусам. В 1953 г. Л.А.Зильбером было высказано суждение, что под влиянием опухолеродных вирусов возникают в клетках организма белки, биологически отличные от нормальных, присущих данному организму, и именно это обстоятельство выводит клетки из-под контроля регулирующих систем. Вследствие этого и возникает неурегулированное размножение клеток, характерное для опухолевого роста. Эта концепция Зильбера получила широкое признание на VIII Международном противораковом конгрессе в Москве в 1962 г. В 1967 г. М.А.Зильберу и Г.Я.Свет-Молдавскому присуждена Государственная премия за работы по вирусологии и онкологии. Как пишет академик М.С.Келдыш^{х)}, они впервые в мире показали возможность получения при помощи классического куриного вируса Рауса опухолей у млекопитающих.

Е.Е.Погосянц из лаборатории Л.М.Шабада установила впервые возможность переноса фактора молока, а вместе с тем и возможность возникновения рака молочных желез у мышей под влиянием укуса насекомыми /блохами/, питавшимися кровью мышей высоко развитой линии. А.Д.Тимофеевскому за его многолетние исследования в области изучения гистогенеза и цитологии ряда опухолей и успешное применение метода эксплантации опухолей в культурах тканей, обобщенные в монографии "Эксплантация опухолей человека" (1947 г.), в 1948 г. была присуждена Государственная премия СССР I степени. "...Если до сих пор представление о вирусных возбудителях опухолевого роста и о роли химических бластомогенных агентов и биохимических изменений в генезисе опухолей противостояли друг другу, как противоположные берега реки, то в настоящее время, по-видимому, уже начата постройка моста, кото-

х) Акад. М. Келдыш. "Ступени научного прогресса", "Правда" 13/XI-67 г.

рый сможет надежно соединить эти два берега..." /Н.Н.Петров-286/.

В последние годы все шире проводится эпидемиологическое изучение опухолей /С.Н.Нугманов - 254, А.В.Чаклин - 431/. Распознавание злокачественных опухолей, в первую очередь рака, в начальной стадии его развития, неразрывно связано с разработкой новых, более совершенных методов исследования.

В этом отношении оказывала и продолжает оказывать неоценимые услуги советская рентгенология: томография /Е.Л.Кевеш, А.Г.Баранова, И.Г.Лагунова/, ангиография /А.Н.Бакулев, М.Д.Гальперин, Е.П.Мешалкин, М.Г.Виннер и другие/, направленная бронхоскопия и графия, катетеризационная биопсия /М.Г.Виннер, В.Я.Вульберман/. Применение новейших контрастных веществ и методов пневмографии позволяют проникать в самые потаенные участки внутренних органов и зафиксировать на рентгенограмме расположение и строение развивающихся там опухолей. Большое значение в диагностике опухолей приобрела в СССР клиническая микроскопия (цитологическое исследование нативных препаратов и окрашенных мазков, смывов из бронхов, влагалищных выделений, осадка промывных вод желудка и других секретов и экскретов) /А.Л.Альтгаузен, 1945 г./.

Достижения советских хирургов проявились в освоении новых областей и разработке новых типов операций. В 1929 г. А.Г.Савиных применяет успешно разработанный им оригинальный метод чрезбрюшинно-трансдиафрагмального доступа к средостению при раке кардии. Блестящие результаты А.Г.Савиных в этой области не имеют себе равных. Выдающихся результатов в хирургическом лечении рака других отделов желудка достигли Е.Л.Березов, А.В.Мельников, С.А.Холдин и др.

Другим завоеванием онкологии в СССР явилось успешное освоение оперативного лечения рака пищевода. В 1945 г. В.И.Козанским было достигнуто первое в СССР выздоровление больного после резекции грудного отдела пищевода по поводу рака.

В 1946 г. Б.В.Петровский сообщил о первой успешной резекции пищевода, законченной внутри-грудным соустьем между культей пищевода и желудком.

В 1947 г. такой же анастомоз в более трудно доступном верхнем отделе пищевода был выполнен Ф.Г.Угловым. Этот больной жив более 10 лет. В 1956 г. С.В.Гейнац сообщил о 177 радикально оперированных им больных раком пищевода и кардии, из которых 8 прожили более 5 лет.

Новой и крупной областью онкологической хирургии является рак легких. Эти операции разрабатывали А.Н.Бакулев, П.А.Куприянов, Б.Э.Линберг, Ф.Г.Углов, А.И.Раков, А.Т.Лидский. Операции на легких вышли за пределы клиник Москвы и Ленинграда и с хорошими результатами производятся в целом ряде областных городов.

Значительно улучшились результаты оперативного лечения рака прямой кишки в связи с введением в практику методов одномоментных брышнопромежностных экстирпаций и брышноанальных резекций (П.А.Герцен, С.И.Спасокукоцкий, А.В.Мальников, С.А.Холдин, Л.М.Нисенвич, В.Н.Демин и др.). Н.Н.Петров и С.А.Холдин разработали оперативные методы лечения рака прямой кишки с сохранением заднепроходного сфинктера.

Оперативному лечению опухолей центральной и периферической нервной системы посвящены работы А.Л.Поленова, Н.Н.Бурденко, Б.Г.Евурова, В.И.Шамова, И.С.Бабчина, Д.Г.Шефера.

Большое распространение в СССР получили электрохирургические операции (операции производятся более бескровно, устраняют опасность имплантации раковых клеток в ране /антибластика/) (Холдин С.А., Шульман М.С.). Преимущество электрохирургии особенно ярко проявляется при удалении инфильтрующ^{их} раков молочной железы (А.Д.Очкин, С.А.Холдин, Я.М.Брускин) и меланобластом (А.П.Шанин).

Большое и все возрастающее значение в нашей стране приобретает лучевая терапия. Как самостоятельный метод, а также в сочетании с хирургией и химиотерапией, она широко применяется для радикального и симптоматического лечения больных злокачественными опухолями. Рентгено-радиевая терапия стала основным и весьма эффективным методом лечения больных раком шейки матки в начальных стадиях болезни (А.И.Серебров, В.П.Тобилевич, О.Н.Нудольский, Л.А.Новикова, Е.А.Иваницкая и др.).

Важную роль при лечении больных раком молочной железы приобрело пред и послеоперационное облучение (С.А.Холдин, Ф.Я.Лемперт, А.И.Савицкий, Т.Л.Лариошенико). Лучевыми методами лечатся предопухолевые и раковые поражения наружных покровов (И.И.Карлин, Д.Б.Астрахан, А.М.Лазарева, А.В.Контин, А.В.Козлова и др.).

Большую пользу приносит лучевая терапия при раке пищевода, средостения, легких (Я.Т.Диллон, Л.Д.Поддячук, Л.Я.Гольдштейн, А.И.Рудерман).

С 1945 г. в СССР начались научно-обоснованные работы по химиотерапии /Л.Ф.Ларионов - 179/.

В Советском Союзе в многочисленных лабораториях и отделах институтов разрабатываются основные вопросы теоретической и клинической онкологии. Развитие медицинской техники помогает

ученым проникнуть вглубь жизненных процессов.

Проблема злокачественных опухолей относится к числу важнейших проблем нашего времени. Для её решения необходимо объединение усилий медиков, физиков и химиков, использование всех достижений современной техники, творческие контакты с учеными других стран. Для всего этого созданы и создаются условия в нашей стране, и это содействует тому, что борьба против рака становится сейчас всё более успешной /Н.Н.Блохин и А.И.Раков-33/.

Г Л А В А П

РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ НА ДОРЕВОЛЮЦИОННОМ УРАЛЕ

1. Краткий очерк развития медицины в Пермской губернии

Во мгле истории таится далекое прошлое Урала. О нем рассказывают речные пути, связывающие Урал со страной скифов на Западе и очагами среднеазиатской и иранской культуры на востоке.

Данные археологии и истории позволяют восстановить картину жизни обширного края, начиная с самых отдаленных от нас времен^{х)}. У древних обитателей Среднего Урала (территория современной Свердловской области) — юми-пермяков, манси, башкир, вогулов, татар, вотяков — издавна сложились культурно-экономические связи со славянскими племенами центральной и северо-западной Руси^{хх)}. Раньше других на Урал проникли новгородцы. Еще в XII веке они проложили водный путь на Урал и в Сибирь и начали освоение края. С ними на Урал проникла культура, а также и элементы врачевания.

Длительное время до появления научной медицины на Урале господствовал период народного врачевания болезней.

И в дальнейшем, даже после появления научной медицины, народная медицина продолжала занимать большое место в жизни народа.

"...Для 33 тысяч крестьян и кочевников не существовало ни больниц, ни врачей. При таких условиях народная медицина сохра-

х) Б.Рябинин "Уральские путешествия", 1967 г., с. 187-189.

хх) А.Можкин, А.Оленев, В.Шувалов "Свердловская область", 1967, с. 69.

няла всё свое значение в самых широких кругах населения..." и далее "... Без сомнения, среди такого рода знахарей попадаются люди, способные к хирургическому искусству, их эмпирические знания нередко дают в неотложных случаях желательный успех при оказании первой помощи в отсутствии врача (вывихи, переломы, грыжи и пр.) /Г.Ф.Успенский/х).

Сведения о развитии народной медицины на Урале встречаются в литературе, начиная с XVIII века /В.Т.Селезнева, 362/.

В XVI-XVII вв. в связи с аграрным кризисом и усилением феодального гнета в центральной части России усиливается заселение Приуралья и Зауралья.

В XVIII веке начинает развиваться Уральская горно-рудная промышленность, что еще больше усиливает освоение районов Уральского хребта.

Начиная с этого времени, Урал становится важным хозяйственным и культурным центром страны.

Архивные материалы дают представление об организации медицинской помощи на Урале в то время.

Вильгельм де-Геннин в 1722 г., писал Петру I, отправляясь на Урал по его указу: "...Понеже я всегда грудью скорблю и, быть может, что без лекаря безвременно умру, того ради прошу не для меня, но для отправления дел и для лечения будущих при мне нужнейших мастеровых людей, которые заскорбят, дать лекаря с лекарствами, ибо ежели оные в скорбях без лекаря внезапно умрут, то будет великая в делах остановка..." (цит. по С.А.Баташеву, 16).

Это ходатайство было удовлетворено, ибо в приказах Беркголлегии 25/XI-1722 г. есть следующий пункт: "...Ноября 25 дня

х) Г.Ф.Успенский "Медико-топографическое описание Екатеринбургского Горного округа и его города", 1835 г., цит. по Г.И.Зархи, 116.

определено, ежели кто из заводских служителей и мастеровых и рабочих людей заскорбит какой ни есть болезнью, дабы безвре-менно мастеровые люди от болезни не умирали - иметь при сем лекаря...^{х)}.

в XVIII веке на Урале было положено начало организованному медицинскому обслуживанию населения сначала для заводских ра-бочих, служащих и членов их семей, а в конце XVIII века и для других групп населения (врачебные управы, уездные врачи).

Уже в 20-х годах XVIII века стали приглашаться на заводы вра-чи, учреждались госпитали.

По литературным и архивным сведениям известно, что при Ка-менском и Невьянском заводах, построенных в 1699-1701 гг., сре-ди других заводских строений имелись госпитали и аптека /М.Я.Галкина - 68/.

В 1727 г. в Екатеринбурге, центре всей уральской металлур-гии, функционировал госпиталь, где имелись специальные книги для записи данных о движении больных /С.А.Баташов - 16/. С 1735 г. в заводских больницах стали вводиться ежедневные записи переме-нам болезни у больных - прототипы современных историй болезни. "До основания Екатеринбурга, - пишет Г.Ф.Успенский^{хх)}, - никакой медицины на Урале, кроме народной, не существовало.

В 1722 г. последовало разрешение на открытие больницы для бесплатного лечения рабочих. Но какова была вначале организация медицины, кто были врачи, в чем состояли их дела и писания - все это вплоть до 1797 г. предано, по небрежности, забвению...".

х) Т.Г.А. фонд 13, дело I с. 18.

хх) Г.Ф.Успенский. "Медию-топографическое описание Екатерин-бургского горного округа и его города". 1835 г.

Но это не совсем так. Существующие архивы говорят о другом. Известно, например, что по указанию Петра I архидиакон Блюментраст направил на Урал лекаря И.Спринцеля, а в построенном заводском госпитале утвержден штат в составе сторожа, младшего лекаря и 3-х учеников.

В 1735 г. главным начальником казенных и частных уральских заводов В.Н.Татищевым и заводчиком был составлен горный и заводской устав, который уже определенно регламентировал медицинскую помощь рабочим: "Больных лечить, для которых докторов медицины, лекарей, аптекаря и потребных служителей из нашей заводской казны содержать" /С.А.Баташов - 16/.

В 1758 г. по приказу Никиты Демидова в Тагиле был открыт госпиталь, он обслуживался лекарскими учениками. В списках за 1770 г. значится: "Лекарские ученики, которые по аттестатам находились при заводах - Василий Киселев и Потап Белов... при Салдинском заводе - Михайло Ермаков /С.А.Баташов - 16/. Во всех госпиталях, не имевших специальных школ, ученики и подлекари сдавали экзамены. В 1763 г. в Екатеринбургском госпитале был экзаменован подлекарь Панаев, который после ответов по всем предметам произвел на трупе операции: "трепанацию, ампутацию, парацентез пекторис и абдоминас". После сдачи экзамена он был произведен лекарем "для пользования больных оспой", с особой инструкцией от медицинской коллегии /Б.Н.Палкин - 268/.

В 1826 г. было завершено строительство госпиталя в Н-Тагиле а в Екатеринбурге аналогичный госпиталь функционирует с 1810 г /М.С.Левченко - 191/. В архивных документах приводится штат медицинских работников, существовавший в госпитале в 1831 г.:

1) Доктор Нехведович, коллежский советник, 2) Штаб-лекарь Ко-

валевский, 3) Лекарских учеников - 15, 4) Аптекарь - 1, 5) Аптекарских учеников - 5, 6) Акушер Шамитин, 7) Костоправ, 8) Оспопрививатель. Как видно из данного списка, уже тогда намечалась некоторая специализация в медицинском обслуживании /С.А.Баташов - 16/.

В конце XVIII и первой половине XIX века на Урале уже работало много опытных врачей. Заводская медицина достигла большого развития. В 1843 г., например, из 61 врача, работавшего в губернии, было 7 докторов медицины /заводские врачи/ и 26 штаб-лекарей /В.Т.Селезнева - 360/.

Важным толчком для развития заводской медицины явилось издание в 1806 г. Горного положения, по которому каждый завод с селением при руднике, имеющий более 200 человек команды, должен иметь госпиталь и одного лекаря.

К 1870 г. в Пермской губернии насчитывалось 70 заводских больниц и приемных покоев. Заводских врачей к этому времени было около 28 /В.Т.Селезнева - 360/. В 70-х годах на Урале образовался ряд центров специализированной медицинской помощи: Н-Тагильская заводская больница /П.В.Рудановский, П.В.Кузнецкий/, В-Исетская больница /А.А.Миславский/, Екатеринбургский родильный дом /В.М.Онуфриев/, Пермская земская губернская больница /Цандер А.Ф., Серебренников Е.П./.

Эти больницы служили базами для специализации врачей в области хирургии. По постановке работы, по оборудованию и оснащению эти больницы были на уровне клиник. Снабжение лекарственными средствами, медикаментами, инструментом проводилось через заводские аптеки. Обычно на весь горный округ была одна аптека. Она не имела возможности обеспечить госпитали всем необходимым,

поэтому отдельные заводовладельцы разводили свои "аптекарские сады", в которых культивировались лекарственные растения для заводских аптек.

В 70-х годах XVIII в. в Соликамске существовал аптекарский сад, который обеспечивал лекарствами заводские госпитали. Первые госпитали на Урале сыграли, несомненно, положительную роль в медицинском обслуживании рабочих и положили начало развитию фабрично-заводской медицины на Урале /М.Я.Галкина - 68/.

Так как врачи очень неохотно поступали на службу в заводоуправления, расположенные в глухих, бездорожных горнозаводских районах Урала, для подготовки кадров заводских врачей горное ведомство назначало специальные стипендии отдельным студентам с расчетом, что по окончании университета врачи отработают на казенных горных заводах несколько лет. Одним из первых таких стипендиатов был А.А.Миславский. Но и таким путем не удавалось укомплектовать госпитали врачебными кадрами, врачей не хватало. Один врач обслуживал несколько заводов и поселков, на него возлагались обширные обязанности: лечение больных в госпитале, на дому, большая акушерская практика, производство судебно-медицинских вскрытий, полицейских осмотров и т.д. С таким громадным объемом работы заводской врач не мог справиться. Поэтому с первых шагов зарождения заводской медицины возникла необходимость в подготовке фельдшеров и лекарских учеников. Подготовка проводилась в индивидуальном порядке врачами на базе местных заводских госпиталей, например, работающий в Екатеринбургском госпитале доктор Шнеде обучал учеников, оказывать неотложную помощь, делать кровопускание, лечить больных и готовить лекарства.

Лекарские ученики, обучавшиеся в Екатеринбургском госпита-

ле, работали не только на заводах Урала, но и Алтайского горного округа. Им предоставлялась большая самостоятельность в практической работе.

В 70-х годах XIX в. при Н-Тагильском заводском госпитале по инициативе доктора П.В.Рудановского была открыта фельдшерская школа, преподавание в которой было поставлено на высоком уровне. Фельдшера готовились по 3-х летней программе и получали хорошую теоретическую и практическую подготовку. Практические навыки учащиеся приобретали непосредственно в госпитале, у постели больных /В.Т.Селезнева - 356/.

Заводская медицина в Пермской губернии развивалась лучше, чем в какой-либо другой промышленной губернии России, тем не менее ни в какой мере не удовлетворяла запросы населения в медицинской помощи. Госпитали существовали только при крупных заводах, на большинстве же предприятий отсутствовали приемные покои. Госпитали предназначались для лечения только работающих на заводах, рабочие, занятые на вспомогательных работах, а также женщины в госпиталь не помещались.

Содержались заводские больницы за счет самих же рабочих. За период пребывания в госпиталях с каждого рабочего удерживали "половину жалования и весь провиант". Кроме того, производились вычеты из жалования рабочих по I коп. с рубля на приобретение медикаментов. Половину заработной платы рабочие получали на руки. Только с 1798 г. больные, находящиеся в госпиталях, стали обеспечиваться больничным питанием, до этого питались за свой счет.

Во II-й половине XIX в. в связи с общим экономическим упадком Урала и кризисом уральских частных заводов медицинское об-

служивание рабочих ухудшается, прекращается работа госпиталей. За 45 лет (1870-1914 гг) роста медицинской сети и кадров почти не наблюдалось, заводская медицина на Урале "топталась на одном месте" /Г.Я.Галкина - 68/.

Примером организованной медицинской помощи сельскому населению в условиях капитализма в России являлась земская медицина. До введения земских учреждений сельское население Пермской губернии почти совсем было лишено врачебной медицинской помощи. В каждом уезде был один уездный врач и в четырех городах - городские врачи. В городах существовали небольшие больницы "приказов общественного призрения". Из 12 положенных по штату сельских врачей на службе состоял только 1, из 36 повивальных бабок - 2, фельдшера были лишь в 54 волостях /В.Т.Селезнева, 357/.

Развитие земской медицины в Пермской губернии прошло 3 этапа:

Первый период характеризуется развитием фельдшерской медицинской помощи сельскому населению. Этот период продолжался примерно до 1875 года. В 1874 году на одного земского врача в губернии приходилось 5 фельдшеров. Земских больниц было 18, врачебных пунктов - 29, а фельдшерских - 121.

Второй период - это преобладание разъездной системы. Этот период продолжался примерно до 1880 года.

Третий период - преобладание стационарных врачебных участков. В 1894 году земских врачей было уже 74, фельдшеров - 273, больниц - 53, врачебных участков - 65, фельдшерских пунктов - 183 (В.Т.Селезнева - 357).

За 45 лет своего существования земская медицина в Пермской губернии имела значительный рост, что видно из следующей таб-

лицы (цит. по В.Т.Селезневой, 357):

Таблица I

Годы	Врачебные участки			Больницы			Врачи		
	Все- го	из них		Все- го	из них		Все- го	из них	
		зем- ских	завод- ских		зем- ских	за- вод- ских		зем- ских	завод- ских
1870	38	13	25	45	9	36	55	27	28
1914	152	104	48	138	97	41	187	135	52

В 70-80-х годах прошлого столетия на Урале, как и в других районах России, развиваются объединения врачей: съезды, врачебные советы, врачебные общества.

В 1872 г. в Пермской губернии состоялся первый съезд земских врачей, который высказался за создание стационарных сельских врачебных участков против предоставления фельдшерам самостоятельной практики, т.к. квалификация их была крайне низкой. 2-й съезд, состоявшийся через 12 лет, особое внимание обратил на подготовку врачебных кадров, предложил организовать Пермскую губернскую больницу клинически, чтобы земские врачи могли в ней повышать свою квалификацию как в научном, так и в практическом отношении.

3-й съезд высказался за организацию института молодых врачей-экстернов (4-х) при губернской больнице и за учреждение в каждом уезде библиотеки для фельдшеров.

На всех последующих съездах разбирался вопрос о расширении сети медицинских учреждений.

На У съезде врачей в 1891 году впервые был поднят вопрос о состоянии заводской медицины, о введении карточной регистрации больных, установлена форма годового отчета для всех медицинских учреждений.

Вопросам учета заболеваемости и отчетности уделялось очень серьезное внимание на всех съездах врачей.

В развитии медицины на Урале большая роль принадлежала научному медицинскому обществу. Это общество было создано в 1890 г. в г.Екатеринбурге. Инициатором и почти бессменным председателем его был Николай Александрович Русских - один из выдающихся земских врачей Урала. В течение 23 лет деятельности Общества выпускались "Записки Уральского медицинского общества в г.Екатеринбурге". В этих Записках печатались протоколы заседаний, почти все доклады, демонстрации препаратов и больных, отчеты и другие материалы.

Всего за 23 года на заседаниях общества было заслушано более 200 докладов. Доклады, сделанные на заседаниях общества, свидетельствуют о высокой научной и практической эрудиции уральских врачей, которые умели обобщить свой практический опыт и вносили серьезный вклад в развитие медицинской науки, несмотря на большую загруженность и на отсутствие научных центров на Урале до революции /В.И.Селезнева - 357,358,360/.

Территориальное отдаление от научных центров не мешало уральским врачам хорошо знать о состоянии и развитии медицинской науки в России и за границей. Большую помощь в этом оказывал обмен изданиями общества почти со всеми русскими обществами и многими заграничными. Так, в 1896-1897 гг. общество послало свои "Записки" в 136 медицинских обществ и редакций газет и в 33 иностранных.

Кроме того, общество организовало прекрасную библиотеку, в которой было собрано большое количество самой разнообразной русской и иностранной медицинской литературы. Уральское общество было тесно связано со многими зарубежными научными обществами. Для облегчения этой взаимосвязи в "Записках" Уральского медицинского общества печатались рефераты всех докладов на немецком и французском языках. Члены общества стремились к решению научных проблем.

2. Развитие специализированной медицинской помощи в Пермской губернии

Образование стационарных врачебных участков способствовало специализации земских врачей.

В первую очередь выделились хирургия, затем акушерство и гинекология, глазные болезни, психиатрия, санитарное дело.

На открытии IX Пироговского съезда в 1904 г. почетный председатель его П.И.Дьяконов отмечал: "...Из года в год замечается огромный рост русской хирургии; причина кроется главным образом в том, что русская хирургия развивается не так как на Западе. В сравнительно мелких центрах земские товарищи проявляют удивительную работоспособность, они не только лечат, но и учат, и в этом отношении являются ценным подспорьем для университетов"х).

Развития хирургии настоятельно требовал и рост травматизма на промышленных предприятиях Урала.

В 70-90-х годах прошлого века в Пермской губернии большой

х) Труды IX Пироговского съезда. т.2, стр.3, Спб. 1905 г.

размах получила хирургическая деятельность, что связано с широким внедрением в практику асептики, антисептики, обезболивания /Д.И.Егоров-103, В.Т.Селезнева-360, Ю.Э.Соркин-382/. Квалифицированные хирурги в это время были уже во всех уездных больницах, хирургические операции успешно проводились во многих заводских участковых больницах. Такое расширение этого вида помощи значительно увеличило количество операций. Так в 1883 г. во всех участковых больницах Шадринского уезда было произведено 277 крупных операций, в 1884 г. - 473. К 1913 г. количество операций достигло 1229.

Постепенно расширяется и диапазон хирургических вмешательств. Для освоения новых методов оперативного лечения врачи сельских участковых больниц проходили краткосрочную стажировку в городских больницах /Д.К.Соколов - 369/. Большое значение в освоении ряда оперативных вмешательств имели научные командировки врачей городских и земских больниц в столичные институты.

Врач Шадринской земской больницы В.А.Любимов в отчете по научной командировке в Еленинский институт для врачей в Петербурге, описывает наблюдаемые им операции в столичной клинике: удаление опухоли грудной железы; резекция прямой кишки, пораженной раком, через влагалище; ампутация языка, пораженного раком, с перевязкой обеих подъязычных артерий; операция гастроэнтеростомии по поводу сужения привратника раковой этиологии, гастростомия по поводу рака пищевода; резекция верхней челюсти по поводу саркомы гайморовой полости; операция рака нижней губы.

Аналогичные отчеты опубликовали во "Врачебно-санитарной хронике Пермской губернии" врач Соликамской больницы В.П.Шипицын: с целью о поездке научного усовершенствования в императорский

клинический институт великой княгини Елены Павловны и клинический повивально-гинекологический институт в Петербурге;

врач Мультиановский из Камышова - о научной командировке в Петербург в клинику госпитальной хирургии Военно-Медицинской Академии /проф. С. П. Федоров/, повивально-гинекологический институт /проф. Отт/, ортопедический институт /проф. Вреден/, урологический институт и хирургическое отделение Обуховской больницы /проф. И. И. Греков и Б. В. Хольцов/.

Врач И. Бланкфельд из В-Уфалейской больницы представил в 9 номере "Врачебно-санитарной хроники Пермской губернии" за 1900 г. отчет о посещении клиники проф. Бира.

Широко занимались уральские хирурги того времени вопросами практической онкологии, выступая с докладами и демонстрациями на заседаниях Уральского медицинского общества и публикуя свои данные на страницах "Записок Уральского медицинского общества", а также в других изданиях: в "Сборнике Пермского земства", во "Врачебно-санитарной хронике Пермской губернии", в "Трудах съездов врачей". Выступали уральские хирурги и в столичных изданиях. В унисон с высказываниями наших корифеев по онкологии звучат высказывания уральских хирургов В. М. Онуфриева и М. П. Соколова относительно операций по поводу рака.

В. М. Онуфриев и М. П. Соколов в конце своих возражений относительно операций по поводу рака признали их "совсем неудовлетворительными и повелали искать других путей излечения раков всех кроме хирургического", но с другой стороны, так как других средств, кроме хирургического, в то время не существовало, А. М. Новинюв заявил: "Мы не имеем права не использовать хоть одного шанса из 100 спасти больного радикальной операцией и

отказываемся от нее только тогда, когда у нас нет ни одного шанса рассчитывать на успех операции...". Успехи хирургии и лечение опухолей шли параллельно с внедрением в практику обезболивания, асептики, антисептики, оперативных доступов, методов диагностики и оперативного лечения и т.д.

а) Разработка методов антисептики и асептики

Уральские хирурги в 70-х годах прошлого столетия одними из первых в России стали применять антисептику и внесли значительный вклад в развитие этого метода /Д.И.Егоров-103, В.Т.Селезнева-360, Ю.Э.Соркин-381/.

"Земские хирурги, — пишет И.С.Брейдо (41), — не только смело воспринимали и переносили в провинцию вновь появившиеся методы лечения ран, но и совершенствовали их". П.В.Кузнецкий на основании принципов Листера ввел в употребление в Н-Тагильском заводском госпитале и в местном госпитале Красного Креста оригинальную антисептическую повязку. В качестве антисептического вещества он употреблял камфорный спирт, которым промывали раны, мыли руки, промывали повязку. В камфорный спирт погружались все инструменты, им же делали пульверизацию во время операций и перевязок, губки были заменены ватными шариками. Автор этого способа сочетал камфорные повязки при открытых переломах с шухим гипсом.

Делая доклад о своей повязке на заседании Казанского медицинского общества врачей 15/XII-1878 г., он говорил: "Такая повязка дала мне самые блестящие результаты при введении ее в Н-Тагильском заводском госпитале, где я состою консультантом".

Следовательно, Кузнецкий применял антисептику с 1875 г.

Описание метода и хорошие результаты говорят о продуманном и строгом ее выполнении.

П. В. Кузнецкий считал, что его повязка не уступает Листеровской и применял ее и в последующие годы, о чем он сделал сообщение в Казанском медицинском обществе в 1881 г. и в печати. Проф. К. Ф. Словянский сообщил о методе П. В. Кузнецкого в Петербургском обществе русских врачей.

О методике хирургической работы П. В. Кузнецкого отчасти можно судить по "Отчету Выдвигного госпиталя Тагильского Верхотурского комитета помощи раненым за 1877 г.". Госпиталь был развернут вблизи Одессы и возглавлялся доктором П. В. Кузнецким. В этом отчете он сообщает следующие сведения: "Я не пользовался ни методом Листера, ни открытым аэрационным методом, так широко распространенным. Я привожу свой метод лечения ран герметической гипсовой повязкой с камфарным маслом. Такая повязка дала мне самые отличные результаты при введении ее в Тагильском заводском госпитале при открытых переломах бедра года четыре назад. Метод заключается в следующем. Вся рана обмывается камфарным спиртом. На нее накладывается толстый слой гигроскопической ваты, сильно смоченный камфарным спиртом, поверх нее накладывается обыкновенная простая вата и глухая гипсовая повязка. Инструменты перед операцией погружаются в камфарный спирт. Самая операция и перевязка производятся при непрерывном орошении из пульверизатора камфарным спиртом. Лигатуры на сосуды накладываются тонкой шелковой ниткой, пропитанной камфарным спиртом. Часть раны /нижний угол/ оставляется незащитой для оттока отделяемого. Дренаж и турунд я не

употребляю. Камфарный спирт уничтожает причину гниения, не раздражая своей летучестью, делает безвредным окружающий воздух, а также способствует заживлению ран первичным натяжением, хотя вызывает первое время чувство жжения. Повязка снимается и возобновляется при постоянном орошении камфарным спиртом, когда отделяемое раны просочилось до ее поверхности или температура два дня подряд поднялась до 39-40°. Такие же повязки накладываются и после операции". Описание метода и хорошие результаты говорят о продуманном и строгом его выполнении.

Так земские врачи не только учились в столицах, но и интересовались столичных клинических врачей своими оригинальными предложениями. С помощью антисептического метода П.В. Кузнецкий одним из первых стал делать полостные операции. 7/XI-1876 г. им была сделана первая операция — овариотомия, которая прошла успешно.

Операции по поводу кист яичнику в занимают особое место в развитии учения об опухолях. За первые 13 лет им было сделано в Н-Тагиле 96 овариотомий. В начале 90-х годов Петр Васильевич внедрил метод асептики. В хирургическом отделении Пермской земской губернской больницы антисептика по Листеру была введена в 1875 г. П.Б. Гензелем, в 1879 г. эти работы продолжил А.Ф. Цандер, который в 1881 г. произвел струмэктомию, в 1882 г. лапаротомию по поводу кисты яичника, затем по поводу рака матки. В 1869 г. произведена резекция участка толстого кишечника.

Летальность в хирургическом отделении в 1886 г. составила 3,8%. Заживление после операций, за небольшим исключением, было первичным.

Интересные сведения о первых опытах введения асептики в

хирургию содержит медицинский отчет ст. врача губернской больницы за 1875 год. "В 1875 г., - пишет старший врач В.К.Задлер, - травматическая рожа и госпитальная гангрена в хирургическом отделении вовсе не наблюдались. Это служит доказательством хорошего санитарного состояния. Все палаты снабжены хорошим воздухом в достаточном количестве, и все помещения содержатся в надлежащей чистоте". И далее: "По сведениям, доставленным мне ординатором П.Б.Гензелем, в течение года произведено 114 операций. Особого внимания заслуживают глазные и пластические. Не менее важное значение как производство операций, имеет способ лечения ран, в новейшее время антисептический метод Листера произвел весьма благодетельный переворот во взглядах хирургов на лечение ран. Этот метод лечения, который введен далеко не во всех больницах, применяется уже в обширных размерах в хирургическом отделении Пермской больницы" /Д.И.Егоров-ЮЗ/.

Этот факт приводится и в отчете о деятельности земской губернской управы в 1875 г.: "Равным образом обращается внимание на успешное лечение ран по методу Листера, далеко не во всех больницах введенному" х).

Среди операций в 1875 г. были ампутации бедра и голени, удаление молочной железы с выщипыванием подмышечных желез, пластика нижней губы, "искусственное образование твердого и мягкого неба с весьма хорошим исходом". Из 114 оперированных умерло 3.

С 1879 г. хирургическим отделением заведывал А.Ф.Цандер. Он во многом отказался от прежней методики. "В течение времени, - пишет он, - когда в литературе все увеличивалось число опи-
х) "Сборник Пермского земства", 1877, № I-3.

саний случаев отравления карболовой кислотой, понятно и нами были сделаны опыты с разными антисептическими средствами, как-то: салициловой и борными кислотами, йодоформом и т.д. Эти опыты также подтвердили, что для достижения антисептического течения заживления раны не столь важно, какими средствами пропитан материал, а самое опасное для больного — заражение раны во время операции. Если бы нам удалось во время операции достичь, что рана осталась асептической, то все равно, чем бы мы ее ни перевязывали, лишь бы только перевязочный материал был дезинфицирован надлежащим образом. Узнав о блестящих результатах, достигнутых от употребления сулемы при операциях и перевязках, я тоже с августа 1883 г. стал применять исключительно сулему".

Начиная с этого года, операционное поле, перевязочный и шовный материал обрабатывались в Пермской земской больнице раствором сулемы. Спиртом и сулемой мылись руки. Только инструменты дезинфицировались в растворе карболовой кислоты. Кроме операционных ран, сулемой обрабатывались и случайные ранения, иногда это сочеталось с их расширением. Операционная рана зашивалась или сразу после операции, или оставлялась открытой на 2-3 дня и лишь затем, при отсутствии воспалительных явлений, на нее накладывались швы. Перевязки производились редко, лишь при пропитывании повязки кровью или повышении температуры.

Все вышеизложенное показывает, насколько внимательно следили земские врачи за литературой и как упорно стремились они применить в своей практической работе все новое, что им удалось узнать. Введение антисептического метода произвело переворот

в хирургической специальности: стало возможным не только нанесение, но и зашивание ран без угрозы внести инфекцию, значительно возросла оперативность хирургов, расширился круг возможных операций. Так, если в 1879 г. произведено 63 операции, то в 1889 г. произведено уже 160 операций.

В 1897-1898 гг. в Екатеринбургском роддоме В.М.Онуфриев разработал в деталях свой метод асептики и антисептики и метод ухода за раной. Изъяты были из употребления карболовая кислота, сулема и иодоформ и заменены спиртом и ксероформом (последний вскоре также был исключен). Все участвовавшие в операции мылись в бане, находящейся в роддоме, затем мужчины надевали чистые холщевые блузы, а женщины - ситцевые платья и фартуки. Поверх блуз - резиновые фартуки. На всех этапах операции соблюдалась строжайшая асептика. В результате этого улучшились показатели операционной работы. Из 53 чревосечений, сделанных в 1898 г., не было ни одного случая смерти от заражения (В.М.Онуфриев, 260).

В статье "Вторая сотня чревосечений, произведенных в Екатеринбургском род.доме. с 13/III-1895 по 13/X-1895 г." В.М.Онуфриев приводит анализ применяемых им методов асептики и антисептики. Накануне на живот накладывается компресс, смоченный в 2-3% карболовом растворе, затем покровы живота обмывались эфиром, мылом, сулемой 1:2000 и 3% карболовым раствором. Поле операции осушалось исключительно одной стерилизованной марлей. Стерилизация производилась в аппарате Швабе текучим паром в 100°C в течение 1,5 часов, аппарат с этой марлей открывался с началом операции. В брюшную полость вводилась рука, которой определялись болезненные формы и извлекалось новообразование.

Сращения отделялись пальцем, марлей (иодоформенной или стерилизованной), иногда перевязывались шелком. Все швы в брюшной и тазовой полостях, а также на брюшной полости употреблялись исключительно шелковые, они готовились задолго до операции таким образом: кипятились в сулеме 1:1000, стерилизовались в течение 1,5 часов текучим паром в 100°С в аппарате Швабе и 1-2 недели хранились в 97-95° спирте, откуда переносились в 3% карболовый раствор для операции, через 2 недели спирт менялся. Применялся и другой шовный материал, о чем говорил 28/IV-1900 г. Д.П.Кузнецкий в докладе "К казуистике применения швов из оленьих жил". В мае 1904 г. в журнале "Акушерство и женские болезни" появляется его статья "По поводу 60-ти чревосечений с применением швов из оленьих сухожильных нитей". С мая 1897 г. в Екатеринбургском роддоме карболовая кислота была заменена борной, а иодоформ - ксероформом. Туалет производился иодоформенной или стерилизованной марлей. Кишки покрывались салыником. Брюшная рана зашивалась глубокими и поверхностными швами, иногда же и погружными, прижигалась иодоформом и закрывалась стерилизованной марлей, ватой и подбрюшником. В.М.Онуфриев приводит сравнительные данные, когда на живот компресс не употреблялся, пакелен и зажимы не применялись, на салыник не обращалось внимания, а самое главное - шелк готовился *ex tempore*, за несколько часов до операции - кипятился, стерилизовался и погружался в 3% карболовый раствор, иногда в промежутке между стерилизацией и погружением лежал завернутый в стерилизованную марлю (таблица 2).

18 января 1899 г. В.М.Онуфриев в докладе "Об уходе за раной" предложил свой метод, состоящий, главным образом, в упот-

Таблица 2

	Общая смертность	Смертность от зараже- ния	Лихора- дило	Не лихо- радило
Первые 100 операций	26 %	12 %	26 %	34 %
Вторые 100 операций	8 %	0	12 %	74 %

реблении почти исключительно алкоголя, как дезинфицирующего средства.

Выступая в прениях, А.А.Миславский отметил, что этот способ, в котором нет иодоформа и карболки, идеален, и у него в больнице (В-Исетская - Ю.С.) эти средства постепенно "изгоняются". В 1915 г. во "Врачебной газете" появляется статья уральского хирурга-гинеколога А.М.Новикова "О медицинском значении алкоголя".

18/X-1902 г. Ф.М.Автократов сообщил о новом антисептическом средстве. Его доклад "Калийно-олеиновое песочное мыло в хирургии" был с интересом встречен коллегами. 17/III-1912 г. В.М.Онуфриев сделал доклад "Результат применения иода при чревосечениях" (Метод предложен Гроссиком в 1908 г.^{х/}). В 1909 году в журнале "Новое в медицине" (II-16) появляется статья Д.П.Кузнецкого "Обеззараживание кожи операционного поля иодной настойкой". Выступая в прениях, П.П.Кибардин указывал, что в практике ж/д больницы замечено, что с тех пор, как при операциях стали применять иод, случаев нагноения стало меньше. 8/II-1910 г. П.П.Кибардин (142) в докладе "Отчет о хирургической деятельности Екатеринбургской ж/д больницы за 8 лет"

х) В.М.Э., т.УШ, 1958 г., с.330-331.

остановился на вопросе предоперационной подготовки больных (рис. 6), разбирая вопросы асептики и антисептики.

Отчет о хирургической деятельности Екатеринбургской железнодорожной больницы за 8 лет.

(Доложенъ въ засѣданіи Уральск. Медицинск. О-а 8-го февраля 1910 г.).

Железнодорожная больница въ Екатеринбургѣ открыта 25-го декабря 1901 года.

Этотъ отчетъ охватываетъ хирургическую деятельность больницы съ ея основанія по 31-е декабря 1909 года.

Въ больницу имѣется 29 штатныхъ козъ, но въ послѣдніе три года количество больныхъ значительно превышаетъ норму, такъ въ 1909 году въ среднемъ лежало 35 человекъ въ день. Кромѣ железнодорожныхъ служащихъ въ больницу принимались для хирургическихъ операций и посторонніе больные, но въ сравнительно небольшомъ количествѣ. Такъ въ среднемъ на каждый годъ приходится по 32 человекъ. Между тѣмъ среди железнодорожныхъ больныхъ преобладали преимущественно больные терапевтическіе, такимъ образомъ матеріалъ, съ которымъ приходилось оперировать, былъ довольно ограниченнымъ.

Прежде всего считаю необходимымъ сказать нѣсколько словъ о приготовленіяхъ къ операціи и о послѣоперационномъ уходѣ за больнымъ.

Руки моются въ продолженіи 10—15 мин., сначала щетками съ зеленымъ мыломъ, затѣмъ марлевымъ тампономъ съ мыльнымъ спиртомъ, споласкиваются въ растворѣ сулемы 1:2000,0 и вытираются тампономъ, смоченнымъ въ винномъ спиртѣ; за операціей время отъ времени споласкиваются въ сулемѣ. Такъ же точно моется и операционное поле, только послѣ мытья зеленымъ мыломъ и мыльнымъ спиртомъ оно не обливается водой, а лишь вытирается стерилизованными полотенцами. Такимъ образомъ больной остается сухимъ. Это дѣлается съ цѣлю предупрежденія послѣоперационныхъ пневмоній.

Послѣ мытья операционное поле въ послѣдніе годы смазывается йодной настойкой. Всѣ матеріалы, равно какъ и бѣлье больного при большихъ операціяхъ и халаты медицинскаго персонала стерилизуются въ автоклавѣ.

Для швовъ употребляется исключительно шелкъ. Его стерилизуютъ, нѣсколько минутъ кипятятъ въ сулемѣ, а затѣмъ сохраняютъ въ винномъ спиртѣ.

Рис. 6. Фотокопия статьи П. П. Кибардина "Отчет о хирургической деятельности Екатеринбургской железнодорожной больницы за 8 лет (1901—1909 гг)", помещенной в журнале "Записки Уральского медицинского общества", 16—21 год. Екатеринбург, 1911 г.

Руки моются в продолжении 10-15 минут, сначала щетками с зеленым мылом, затем марлевым тампоном с мыльным спиртом, споласкиваются в растворе сулемы 1:2000 и вытираются тампоном, смоченным в винном спирте, за время операции время от времени споласкиваются в сулеме. Так же точно моется и операционное поле. За исключением того, что после мытья зеленым мылом оно не обливается водой, а лишь вытирается стерильными полотенцами. Таким образом, больной остается сухим. Это делается с целью предупреждения послеоперационных пневмоний. После мытья операционное поле в последние годы смазывается йодной настойкой. Все материалы, белье больного при больших операциях и халаты медперсонала стерилизуются в автоклаве. Для швов употребляется исключительно шелк. Его стерилизуют несколько минут: кипятят в сулеме, а затем сохраняют в винном спирте. В результате внедрения в практику всех вышеперечисленных методов асептики и антисептики улучшились результаты оперативного вмешательства.

13/V-1910 г. В.М.Онуфриев сделал широкие обобщения применявшихся методов асептики и антисептики в докладе "Краткий обзор 1000 абдоминальных чревосечений, произведенных в Екатеринбурге с 1881 г. по 1908 г. (27 лет)" (285), где отмечает, что первые 10 лет все гинекологические операции, а также чревосечения производились не в отдельной операционной комнате, а в аудитории, или же в одной из свободных комнат. Сама операция производилась при полной антисептике. Лигатуры исключительно шелковые, т.к., несомненно, они надежнее кетгута. Отмечался метод зашивания брюшной раны.

В первые 14 лет (150 чревосечений) накладывались только глубокие шелковые швы, захватывающие всю толщу брюшной стенки,

и поверхностные-на кожу, затем (500 чревосечений) - способ погружных съемных швов: на апоневроз с мышцами накладываются восьмиобразные шелковые швы, выводимые наружу, и поверхностные-на кожу. Швы снимались через 10 дней, и, таким образом, достигалось соединение раны по слоям и отсутствие постороннего материала в ране.

При последних 350 чревосечениях накладывался непрерывный шов тонким шелком на брюшину, погружной шелковый шов-на апоневроз с мышцами и скобки Мишеля-на кожу. При этом способе грыжи, как правило, не наблюдалось.

Интересно отметить, что если в 1881 г. было произведено одно чревосечение, то в 1903 г. было произведено уже 104 чревосечения.

На 1000 операций умерло 122 чел.-12,2%. Характерные цифры представлены по годам:

Таблица 3

1881-1896 гг.	летальность составляла	19,7 %
1901-1904 гг.	" "	13,5 %
1905-1908 гг.	" "	7,6 %

Как справедливо отмечает автор, причина кроется в том, что в первые 15 лет применялась исключительно антисептика и при том еще не был выработан способ приготовления лигатур и перевязочных средств. Кроме того, впервые стали удалять рак матки путем чревосечений, что давало смертность 33,8%, пробные чревосечения сами послужили причиной смерти в 26 %.

В последующие годы процент смертности снизился до 3,2%. Удивительную хирургическую активность развернул в Камышловской

больнице Николай Михайлович Мультиановский (1874-1917). С 1906 по 1912 гг. им в стационаре было произведено 5575 операций, послеоперационная летальность - 1,34%.

Из 115 чревосечений с мая 1906 по 1908 г. изгноений раны - 3 сл., из 225 грыжесечений - нагноения в 7 случаях. Таковыми показателями хирурги могли бы гордиться и сегодня.

Н.М.Мультиановский внимательно следил за развитием хирургии. В 1910 г. он внедрил метод Grossicha смазывание операционного поля йодной настойкой /Н.М.Мультиановский, 229-231/.

9/хп-1912 г. А.М.Новиков в докладе "К вопросу этиологии нагноений брюшной стенки после чревосечений" отметил: "Перитонит после операций стал редкостью, нагноение брюшных швов - от 3 до 10%". Все изложенное, думается нам, может послужить для характеристики одной из сторон земской хирургии прошлого века: даже работая вдали от научных центров, русские хирурги настойчиво и успешно стремились всегда быть на высоте достижений современной им науки. Поэтому правильная оценка антисептического метода и его раннее - еще прежде, чем это было сделано в университетских клиниках - практическое использование составляет серьезную заслугу группы земских врачей, работавших в трудных условиях провинциальной Пермской губернии.

б) Разработка методов обезболивания

Одновременно с усовершенствованием методов асептики и антисептики и внедрением их в практику уральские хирурги совершенствовали и методы обезболивания. На первых порах развития хирургии на Урале обезболивания, как такового, не было, о чем

свидетельствует, например, сообщение В.М.Онуфриева - "Чревосечение при асептике и почти без наркоза"; наркотическое вещество дано только по вскрытии брюшной полости и некоторого опорожнения ее (выпущен асцит). Опухоль оказалась больших размеров и, несмотря на то, что больная не была наркотизирована, разрез брюшной стенки расширен до 20 см. Во время операции сделано под кожу 10 шприцев эфира с коньяком пополам. Операция проведена при одной чистой воде, т.е. взятой прямо из куба, где она несколько раз была прокипячена и профильтрована через гигроскопическую вату. В этой воде лежали все инструменты и шелк, ею же одной и мылом мылись руки и ею же очищалось поле операции... Об этом же свидетельствует и операция струмаэтомии (первая на Урале), произведенная А.А.Миславским: перед операцией больному внутрь был дан спирт.

В 1852 г. в Туринском госпитале Богословского округа А.А.Миславский удалил зуб, величиной с большое яблоко у одного рабочего 30-летнего возраста без обезболивания хлороформом. Этот рабочий пожелал подвергнуться операции из расчета получить 10 рублей из управления завода, т.к. до этого было выдано управителем 10 рублей другому рабочему, у которого была произведена ампутация ноги /А.А.Миславский, 226/.

По дошедшим до нас сведениям /А.Т.Лидский, 194/ операция длилась 3 дня. После 3-4 часов работы, когда и больной и хирург достаточно уставали, операцию прерывали с тем, чтобы на следующий день продолжить ее, зуб был, наконец, удален, и больной выжил. Современник А.А.Миславского - Н.А.Русских писал:

"... Кто хотя бы немного знаком с историей медицины, тому, конечно, известно состояние ее в 50-х годах прошлого столетия.

Достаточно сказать, что ни термометра, ни хлороформа, ни антисептики тогда еще не было, методы распознавания болезней были настолько примитивны, что поражают теперь своей наивностью. Хирургия тогда не была в моде, и операции производились только при крайней необходимости. И не мудрено, потому что подвергнуться сложной операции без усыпления никому не хотелось. А когда операция была жизненно необходима, то оперируемого держали за руки и за ноги, он кричал изо всех сил. Понятно, почему Н.И.Пирогов называл такие операции "хирургическими казнями".

Да и операции давали плохие результаты — больным угрожали рожа, гангрена и септицемия /Н.А.Русских, 326/. В дальнейшем при операциях стали применять наркотические средства.

В.М.Онуфриев в докладе "Вторая сотня чревосечений, произведенных в Екатеринбургском роддоме (1893-1895 гг)" отмечает, что большинство операций проводилось под хлороформированием (употреблялся исключительно один хлороформ, иногда с эфиром, иногда же за 1/4, - 1/2 часа вспрскивался под кожу морфия с атропином) в отдельной комнате или на операционном столе. В 1898 г. А.А.Абрамханов с успехом применил местное обезболивание по методу Schleicha.

Вспрыскивается вначале I шприц 2% раствора кокаина для обезболивания кожи, затем вглубь и по различным направлениям - 10 шприцов совершенно безболезненного крепкого Шлейховского раствора:

Natrii chlorati	-	0,2
Cocaini muriatici	-	0,2
Morphini muriatici	-	0,02
Aq. destillatae	-	100,0.

20/XI-1910 г. В.А.Ляпустин выступил с сообщением "Об обез-

боливания при операциях впрыскиванием кокаина в надпаутинное пространство спинного мозга".

21/VI-1901 г. В.В.Николаев сделал доклад "Анестезия кокаином с демонстрацией на животном". 20/II-1904 г. А.Я.Мурза сделал сообщение "О смешанном наркозе гедонал-хлороформом".

Н.М.Мультановский в Камышловской больнице в 1906 г. стал применять для обезболивания хлороформ в сочетании с гедоналом, вместо ранее применявшегося морфий-хлороформ (229). С января 1908 г. энергичную хирургическую деятельность в Соликамской больнице развернул В.П.Шипицин. Вместо распространенного хлороформного наркоза он стал применять перед операцией морфий и этиловый эфир (455).

Из отчета П.П.Кибардина (142) мы получаем представление о количестве операций, произведенных под тем или иным обезболиванием.

Таблица 4

<u>Вид обезболивания</u> _ _ _ _ _	<u>Количество</u>	
Хлороформ	1622	
Кокаин	570	
По методу Шлейха	306	
Хлорэтил	15	
Без анестезии	1024.	
Характерно отметить по годам:	<u>1903 г.</u> _ _	<u>1909 г.</u> _
Хлороформ	292	122
Местная анестезия	74	192

в) Развитие брюшной хирургии и методы
хирургического вмешательства при
онкологических заболеваниях

Одновременно с вопросами общехирургическими Уральские хирурги разрабатывали вопросы оперативных подходов, новые способы операций, усовершенствовали технику операций, диагностику злокачественных опухолей. На заседаниях Уральского медицинского общества демонстрировались случаи и препараты, разбирались теоретические вопросы.

Так, 31/I-1899 г. В.М.Онуфриев выступил на страницах "Записок Уральского медицинского общества" со статьей "Овариотомия и экстирпация без предварительной перевязки", а 31/IX-1900 года эти данные он обобщил в докладе "Об оперировании без предварительной перевязки сосудов". 29/III-1909 г. К.Н.Калмыков сделал сообщение "Разрезы брюшной стенки при лапаротомиях", где, в частности, отмечает, что "...Все более и более завоевывает симпатии поперечный разрез брюшной стенки" и описывает технику этого разреза: "На высоте 1,5-2 поперечных пальцев над лонным сочленением в волосистой части *montis veneris* ведется поперечный разрез 8-10 см длиной, для большего простора концы разреза заггибают кверху, так что он имеет вид дуги с выпуклостью к лонному сочленению."

Автор приводит 6 случаев операций экстирпации матки по поводу рака, где был применен поперечный разрез, и отмечает положительные стороны разреза.

Уральские хирурги большое значение придают послеоперационному ведению больных, о чем свидетельствует ряд публикаций. В

работе В.М. Онуфриева "Вторая сотня чревосечений, произведенных в Екатеринбургском роддоме (1893-1895 гг)", говорится:

"...после операции в течение 2-х суток - неподвижное положение на спине и никакой пищи и питья (за редким исключением), через сутки больные поворачиваются на простыне не сами, а укачивающим персоналом, через 4 суток - сами. На 5-е сутки-слабительное, на 9-10 - снимаются швы, на 13-14 день больной встает, а на 16-18 - выписывается."

Н.П. Кибардин (1910 г.) отмечает, что людей старых и тучных, расположенных к пневмониям, они садили даже со 2-го дня и не наблюдали при этом никаких осложнений.

В Н-Тагильской земской больнице послеоперационный период при чревосечениях вели следующим образом: тотчас после операции больные обкладывались с боков горячими бутылками, на живот 1-2 пузыря со льдом. Вечером в 1-й день больных поворачивают на бок на короткое время, на 2-й день - на более продолжительное время. На 2-е сутки ставится клизма, на 3-4-й день разрешается сидеть. Затем больной, если позволяют силы, может ходить. Пища в первое время жидкая. Первая перевязка на 5-7-й день, остальные - по мере надобности. Выписываются в среднем через 3-4 недели. Почти во всех случаях чревосечений брюшная полость промывалась теплым физиологическим раствором соли. По наблюдениям П.В. Кузнецкого, при вливании соли больные легче переносят травму и бывает меньше рвот после хлороформа (А.Н. Бендиктов, 19, 20).

В результате внедрения в практику методов асептики, антисептики, обезболивания, ведения больного и т.д. из года в год

увеличивался объем оперативных вмешательств, усложнялись сами оперативные методы. В основном хирургические методы применяли в то время при злокачественных опухолях.

Так, из всех операций, произведенных А.А.Миславским за 50 лет его деятельности (1851-1901 гг) в количестве 9978, довольно обширный раздел составляют вылучения новообразований. Таких операций произведено 1510, что составляет 16,59% всех операций /С.А.Миславский, 225/(рис.7).

Приведем описание ряда операций, выполненных хирургами дореволюционного Урала.

Резекция желудка по поводу рака. 23/X-1907 г. М.П.Соколов в Екатеринбургской в/д больнице произвел резекцию 2/3 желудка, пораженного злокачественной опухолью, по методу Кохера. 12-перстная кишка была вшита в дно желудка сзади (рис.8,9). Больная выписана из больницы на 10-е сутки. Микроскопически - скirr. Через месяц повторно оперирована - удален злокачественно перерожденный яичник. На 10-е сутки выписана домой. Через 2 месяца рецидива не было. Насколько известно, это была первая резекция желудка, произведенная на Урале (рис.10).

Позволю себе подробнее остановиться на истории болезни этой больной /П.П.Кибардин, 142/.

...Мещанка г.Екатеринбурга Серкова поступила 21/X-1907 года истощенная с подвижной опухолью, прощупываемой в области привратника. В течение года начала терять аппетит и худеть. С полгода появились рвота и сильные боли в животе, последнее время вынуждена была питаться жидкой пищей. В последний месяц, несмотря на употребление жидкой пищи, наблюдалась частая рвота. В области живота прощупывается опухоль величиной с кулак, легко подвижная от реберного края до пупка и даже ниже, она не связана ни с маткой, ни с печенью.

Под хлороформным наркозом произведено чревосечение. Оказалось, что опухоль, исходя из желудка, занимает не ме-

ВЫЛУЩЕНІЕ ОПУХОЛЕЙ.

Рис. 7. Операции, произведенные А.А.Миславским за 50 лет (1852-1901) по поводу опухолей.

У ч е н і е

()

Хирургических Операціяхъ

д-ра Т. КОХЕРА

профессора университета и директора хирургической клиники университета въ Берлине

Переводъ съ 3-го, значительно переработаннаго изданія сочиненія:
«Dr. Th. Kocher, Chirurgische Operationslehre»
д-ра мед. А. В. Мартынова.

Подъ ред. проф. Н. В. Скифосовскаго.

Съ 213 частью раскрашенными, рѣзанными на деревѣ рисунками въ текстѣ.

Переведено съ согласія автора.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Изданіе К. Л. Риккера.
Невскій просп., № 14.
1899.

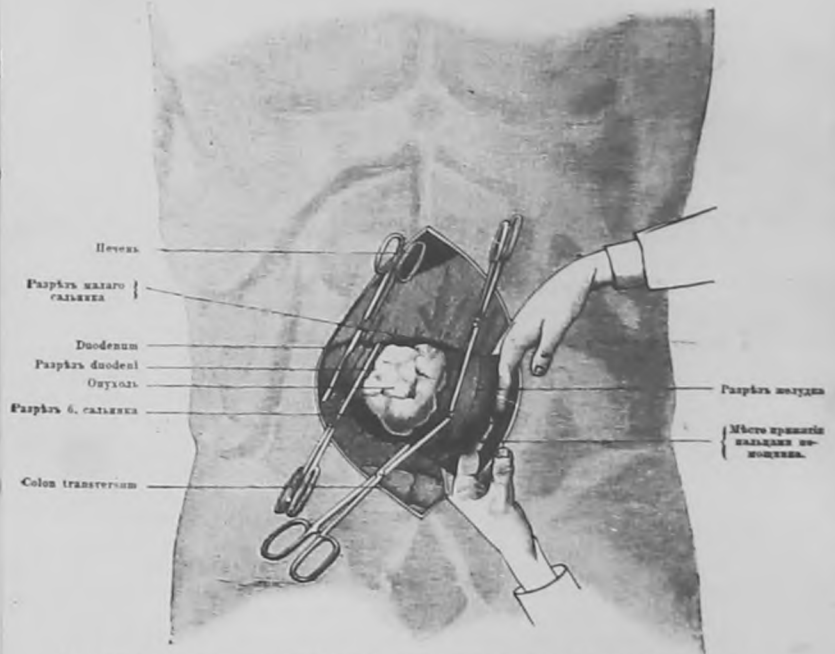


Рис. 67. Извѣщеніе привратника I акты: раково-перерожденная часть уединена по отдѣленіи большого и малого сальника и захвачена зажимами, желудокъ закрытъ пальцами помощника, duodenum—зажимами. Разрѣзы показаны точечной линіей.

Рис. 8.

Титульный лист руководства Т. Кохера "Учение о хирургических операціяхъ" (1899 г.) и схема резекции желудка по поводу рака (метод Кохера, I этап).

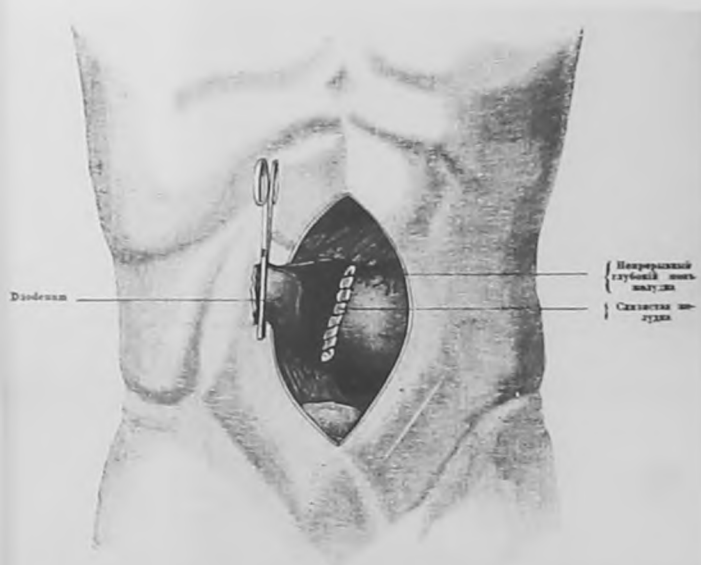


Рис. 68. Наблюдение привратника, 2 акт. Желудок закрыт первым непрерывным швом через всю толщу стѣнки. Duodenum вытѣгнуто через правый край раны и закрыто еще зажимомъ.

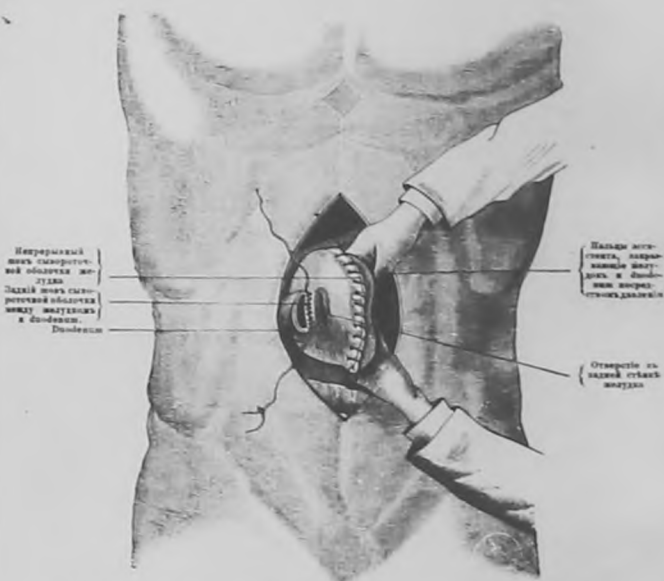


Рис. 69. Наблюдение привратника 3-й акт. Рана желудка закрыта двойнымъ швомъ, желудокъ вскрытъ на задней поверхности. Двенадцатиперстная кишка скрѣплена съ желудкомъ посредствомъ задняго круговаго шва сывороточной оболочки. Пальцы ассистента сдвигаютъ желудокъ и дуоденумъ къ правому краю раны для закрытія. (Отверстіе въ желудокъ слѣдуетъ изобразить гораздо ближе къ большой кривизнѣ).

Рис. 9.

Схема резекции желудка по поводу рака.
(метод Кохера, II и III этапы)

ПРОТОКОЛЪ

LXXVI публичнаго засѣданія Уральскаго Медицинскаго Общества въ г. Екатеринбургѣ 29 октября 1907 г.

Присутствовали: почетные члены—А. А. Миславскій, В. М. Онуфриевъ, С. Л. Тыминскій, Н. А. Русскихъ; дѣйствительные члены—В. А. Битный-Шляхто, М. И. Догадовъ, Г. И. Замуравкинъ, А. Я. Мурза, Е. Д. Павлинова, В. К. Полѣновъ и В. И. Сушкинъ; гости—д-ръ Кибардинъ и жен.—врачъ Н. Н. Журина.

6. Д-ръ Кибардинъ демонстрировалъ желудокъ, удаленный вслѣдствіе раковаго пораженія. Операция произведена М. П. Соколовымъ по Kocher'y (пораженная опухолью часть желудка резецирована, оставшаяся часть зашита и въ нее вшита 12 перстная кишка); больная на пути къ выздоровленію—t⁰ нормальна, принимаетъ хорошо жесткую пищу. Удаленный желудокъ оказался диффузно пораженнымъ: въ полость его съ трудомъ вводился палецъ: опухоль заняла переднюю и заднюю стѣнки желудка и обѣ кривизны; на разрѣзѣ стѣнки оказались очень утолщенными, твердыми, въ имѣющейся полости наблюдается распадъ.

Насколько извѣстно, это первая резекція желудка, произведенная у насъ на Уралѣ. Докладчика благодарили.

Рис. 10. Фотокопия протокола публичнаго засѣданія Уральскаго медицинскаго общества, на котором былъ доложенъ случай первой резекціи желудка на Уралѣ по поводу рака.

нее его половины, начинаясь отъ привратника. Часть желудка, пораженная новообразованиемъ, резецирована. Оставленъ кусокъ желудка не болѣе 1,5 першковъ в ту и другую сторону. Конецъ желудка наглухо зашитъ, а 12 п. к. шита в его заднюю стенку (Модификація Кохера)/рис. 8, 9/. Заживленіе гладкое. Послеоперационный періодъ протекалъ хорошо. Температура не выходила изъ пределовъ нормы. У больной не было ни боли, ни рвоты, и на 6-й день после операции она могла уже есть котлету, на 10-й выписана изъ больницы.

Удаленная часть желудка представляетъ изъ себя очень плотный конусъ съ равномерно утолщенными стенками, такъ что черезъ полость желудка съ большимъ трудомъ можно провести указательный палецъ. Опухоль занимаетъ переднюю и заднюю стѣнки желудка и обе кривизны.

При разрезѣ оказалось, что на слизистой желудка имеется распадъ. Судя по чрезвычайной твердости опухоли и по тому, что она диффузно проникаетъ черезъ всю толщу желудка и

дает незначительный распад, можно думать, что это скирр, и сделать более благоприятное для больной предсказание.

В заседании Уральского медицинс^икого общества 27 ноября 1907 г. П. П. Кибардин представил больную Серкову через месяц после операции резекции желудка по поводу рака желудка и продемонстрировал микроскопический препарат удаленной опухоли, как дополнение к докладу об этой операции в заседании 29 декабря. Больная чувствует себя хорошо. После операции она заметно поправилась. Болей в животе и рвоты не бывает. Аппетит хороший. В области желудка прощупывается небольшое уплотнение, можно думать, что это рубец на месте шва I2 п. п. и желудка. Микроскопический препарат подтверждает диагностику рака желудка, в частности — это — скирр.

Через 3 месяца больная снова поступила в больницу с большой кистовидной опухолью внизу живота. Чревосечение. Оказался злокачественно перерожденный яичник, представлявший плотную опухоль с голову ребенка величиной (ретроспективно — это был Крукенберговский метастаз — Ю.С.). Опухоль удалена. На 10-й день больная выписана из больницы. После этого показывалась месяца через 2 без каких либо новых явлений. Затем потеряна из вида.

Экстирпация прямой кишки по поводу рака. 10/IX-1910 г. в "Обзоре чревосечений, сделанных в Екатеринбургском роддоме в 1909-1910 гг." А. М. Новиков приводит операции при раке прямой кишки.

...Больная сначала легла для операции в ноябре, затем ушла и явилась вторично через 3 недели. Исследуя ее второй раз, выяснено, что рак быстро шел вперед, что прежде он занимал часть прямой кишки см. 5 длиной, а теперь, по-

чинаясь см на 4 выше anus'a, он уходил уже вглубь заднего Дугласа, и верхняя его граница была недостижима для пальца, введенного в anus. Истечение сукровицы из заднего прохода начиналось, по словам больной, больше года тому назад, и теперь больная ощущает боли уже внизу живота и стреляющие боли в пояснице. Благоприятный момент для операции был упущен, но вместе с тем операция была единственным средством спасения и, хотя она мало сулила хорошего, хирург не чувствовал себя вправе не предпринять ее.

Раскрывши брюшную полость — удалена матка с придатками, между двумя лигатурами прямая кишка разрезается, верхний здоровый отрезок вшивается во влагалище, предварительно надрезавши брюшину заднего Дугласа. Омпсоровав насколько можно книзу пораженный раком отрезок прямой кишки отчасти тупым путем, отчасти ножницами и отпустив его в полость крестцовой кости, сшит под ним брюшина. Теперь, закрывши брюшную полость, делается левый парасакральный разрез и через него продолжается отделение раковой опухоли от соседних частей. Но тут оказалось, что раком также проросла надкостница крестцовой кости, и при попытках выделить кишку тупым путем последняя разорвалась, резецировавши опухоль разрезано влагалище и шит туда нижний здоровый кусок кишки. Операция закончилась летально. Больная умерла от сепсиса.

Резекция слепой кишки по поводу рака. 10/II-1911 г. А.М.Новиков

выступил с докладом "К вопросу о диагностике и лечении рака слепой кишки" х).

28/XII-1910 г. в Екатеринбургский роддом обратилась крестьянка 40 лет по поводу сильных болей в животе. До весны 1910 г. больная ничем не болела. В мае этого года однажды, после обеда, работая в огороде, почувствовала сильнейшие боли во всем животе, отдававшие в спину. Больная едва была в состоянии вернуться с огорода в избу и повалилась на лавку без памяти. Боли в животе продолжались 2 дня, затем стихли настолько, что больная чувствовала себя совершенно здоровой, но через 6 недель припадок возобновился и затем повторялся почти через правильные промежутки еще 2 раза. Вне припадков больная чувствовала себя совершенно здоровой. В последний 5-й раз припадок повторился 22/XII (легкие боли в правой подвздошной области начались еще 20/XII). На этот раз припадок был настолько силен, что больная не думала дожить до вечера. Боли не унимались, и 28/XII больная легла наконец в роддом. Ни рвоты, ни кровавых испражнений у больной не было. С весны больная значительно похудела и ослабла.

х) Выписки из всех историй болезни мы приводим дословно, в том виде как они были представлены авторами.

Объективно: кожа суха, бледна, жестка на ощупь и морщиниста. Лицо бледно, апатично, язык влажен, обложен, живот слегка вздут. В правой паховой области прощупывается бугристое затверждение величиной с крымское яблоко, отграниченное, способное слегка перемещаться, при давлении болезненное. Ткани, окружающие затверждение, мягки на ощупь и резистентности не обнаруживают. В остальной области живота ничего ненормального не отмечается. Сердце, легкие в пределах нормы. Температура в день поступления 37,2; на другой день 39,8, в течение 5 дней температура держалась в пределах 38,4, на 6-й день 40°. Затем пала до 36,5 и выше 36,7 не поднималась до самого дня операции, редкий кашель вскоре исчез. Опухоль оставалась без изменений.

На основании всех указанных данных (локализация, боли, припадки, лихорадка, рецидивы) был установлен диагноз аппендицита, и больной предложена операция, на которую она согласилась. Разрез по боковой линии над опухолью см 8-10. По вскрытии брюшины оказалось, что она нигде не изменена. Червеобразный отросток не длиннее нормального, изогнут, не изменен, слегка атрофичен, находится на своем обычном месте. Кишка на взгляд не представляет ничего особенного, но при прощупывании вся слепая кишка наполнена многими шарами величиной со сливу каждый, плотными на ощупь. Серозный покров кишки не изменен. Решено было резецировать опухоль, почему на тонкую приводящую кишку см 6-8 от впадения в толстую были наложены 2 зажима. Вместе с тем слепая и толстая восходящая кишка до 1/2 длины ее были отделены от задней стенки, и в конце отделенной части были также наложены зажимы. Затем весь конец тонкой кишки отделен от брыжейки и кусок кишки, заключавший участок тонкой кишки, слепую кишку с отростком и 1/2 восходящей, был резецирован и унесен.

Затем был наглухо зашит просвет толстой кишки, свободный край брыжейки согнут вдвое и сшит таким образом, что просвет тонкой кишки очутился у стенки толстой немного выше зашитого просвета. Здесь кишки были предварительно сшиты своими серозными покровами (в один этап), затем в том месте толстой кишки, к которому прилегал просвет тонкой, был сделан разрез толстой кишки, в разрез погружен, после снятия зажимов, конец тонкой кишки и стенки толстой и тонкой кишки сшиты циркулярно по линии их соприкосновения, затем был вторично обметан поверхностный шов (серозная с серозной) и этим сшивание кишок закончилось.

На месте шва кишок был положен марлевый тампон, конец которого был выведен наружу. На остальном протяжении рана брюшной стенки была зашита 2-х этажным швом. Наконец, наложены скобки Мишеля.

Препарат представлял собой циркулярный сосочковый, красноватого цвета, рак слепой кишки, наполнявший ее просвет в виде чашки и образовавший те бугры, которые прощупывались с серозного покрова.

В приведенной истории болезни обращает на себя внимание:

- 1) Трудность диагностики — рак симулировал аппендицит.
- 2) Все перечисленные признаки (локализация, опухоль, боли, повторные припадки), кроме повышения температуры, не составляют случайностей, а встречаются, как правило, при раке кишечника.

Злокачественные новообразования всегда вызывают боли, а при раках брюшной полости эти боли почти всегда периодические — периоды болей сменяются в течение почти равных промежутков периодами полного здоровья. С течением времени периоды болей удлиняются, а периоды здоровья укорачиваются, пока, наконец, светлые промежутки исчезнут, боли сделаются постоянными.

Для папиллярных раков (как в данном случае) характерно долгое существование опухоли — годы без метастазов и даже без поражения соседних участков. Такие раки кишечника текут медленно и этим оправдывают радикализм операций. Но если местные явления при этих раках запаздывают, развиваются медленно, то общие явления раковой интоксикации при раках кишечника сказываются довольно быстро, например, кожа тела теряет свою сопротивляемость, становится бледной и сухой и чрезвычайно легко подвергается пролежням. Наступает исхудание, изменение психики. Больные становятся индифферентными к своей участи, медлительными в решениях, покорными и без сопротивления подчиняющимися всякому чужому решению. При папиллярных раках к этим признакам можно прибавить еще один: опухоль не прорастает толщи кишки, а ползет по протяжению, суживая просвет, поэтому соседние органы остаются долго не затронутыми, опухоль остается настолько подвижной, насколько позволяет положение ее, а

вследствие того, что брюшина не затронута, кругом опухоли нет резистентности, как при воспалительных страданиях, и ткани остаются мягкими (неинфильтрированными). Но всех указанных признаков все-таки мало для установления диагноза, и рак слепой кишки смешивают и с аппендицитом, и с блуждающей почкой, и с правым сальпингоофоритом.

Что касается терапии, то при папилярных раках радикальную операцию (резекцию) следует признать обязательной, а такие методы прошлого, как накладывание свища, надо предать забвению. Следует отметить, что у большинства авторов в таких случаях наблюдается также гладкое послеоперационное течение.

Большое значение для развития брюшной хирургии на Урале имела оригинальная работа А.М.Новикова "К вопросу о предупреждении и лечении послеоперационных перитонитов" (научные основы современной теории послеоперационных перитонитов), написанная в 1909 г., многие положения которой не потеряли актуальности и в наши дни.

Автор пишет, что с тех пор, как хирурги научились избегать кровотечений, а смерть от нарыва сделалась величайшей редкостью, послеоперационный перитонит остался самой частой причиной смерти после полостных операций. Вместе с тем вопрос, как избежать перитонит и как бороться с ним, не имеет общепризнанного решения. Чтобы избежать перитонит, хирург должен, по мнению автора, при чревосечении выполнить следующие задачи:

I). Перитонизировать, насколько возможно, потому, что через неповрежденную брюшину всасывание бактерий и токсинов совершается в значительной степени.

2). Если есть рана, наложить на нее сухую повязку (при сухой повязке впитываются токсины, всасывание идет медленнее, при влажной - компрессах - всасывание совершается быстрее).

3). Обеспечить отток отделений, если их ожидают, чтобы избежать повышения внутрибрюшного давления.

4). Отделить поле борьбы от диафрагмы и приблизить его возможно ближе к тазу.

5). Разжидить токсины, если они появились. Тех же принципов хирург должен держаться и при лечении начинающегося воспаления брюшины.

При выделении гнойных опухолей, где есть много сращений и где перитонизация достигается с трудом, то заканчивая операцию, всю раневую поверхность, где брюшина ободрана выстилают большим количеством марли, концы которой выводятся через влагалище. Кусок марли берется возможно больший, чтобы он без труда всасывал все выделения и с другой стороны, чтобы он ограничивал область операции от нетронутых операций органов брюшной полости, повлек образование сращений в неинфицируемом месте и отделил незараженные от тех мест, которые уже могли быть инфицированы. Этот тампон оставляется до 8-9 дней, чтобы сращение получилось прочным. Благодаря своей массе, тампон легко впитывает в себя отделяемое раны в течение всех 8 дней и тем препятствует всасыванию токсинов.

Когда удастся достигнуть отграничения, то тампон сменяется сквозным гуттаперчевым дренажом. В других случаях вместо сквозного дренажа можно ограничиться одним гуттаперчевым Т-образным дренажом, вставленным в Дугласово пространство через влагалище. Он может отсасывать только жидкие части выпота, а токсины остаются впитанными в дренаже и скопляются в полостях и углублениях раны. При поднятии парциального давления вследствие скопления экссудата в дренаже получается ускоренное всасывание. Отсюда следует, что отток может быть обеспечен только резиновым дренажом большого диаметра. Для дренажа можно, конечно, избрать только влагалищный путь.

Следующее средство борьбы с перитонитом - положение больной. В тех случаях, где нельзя исключить инфекцию, или там, где уже есть какие-нибудь признаки начинающегося перитонита, головной конец кровати следует высоко поднять (Фовлеровское положение). При таком положении выпот скапливается в нижнем отрезке брюшной полости (Дугласовом пространстве) и через 2-3 дня может быть там прощупываем и выпущен вскрытием заднего свода.

Большим подспорьем в борьбе с перитонитом является впрыскивание физиологического раствора (1000-1500 см³), которое повторяют через каждые 3-4 часа, т.е. 4-5 раз в сутки. Оно промывает кровь и освобождает ее от токсинов, в значительной степени повышает кровяное давление, вызывает более обильную трансудацию.

Если отделениям дан отток, то усиленная трансудация затруднит всасывание и вместе с тем постепенно выведет наружу из углублений раны микробы и их токсины. Борьба с бактериями должна вестись не тогда, когда они уже проникли в кровь, а тогда, когда между ними и организмом стоят еще защитные функции организма.

Перед клиницистом стоит цель — не допустить всасывания или ослабить и уменьшить его и притом всасывание как бактерий, так и их ядов. Всасывание и вред, причиняемый бактериями, тем больше, чем меньше разница между давлением в сосудах и давлением, образуемым раневым выпотом.

Брюшная полость — замкнутый мешок, и отток отделений из нее невозможен. Всякое увеличение выделений усиливает только внутрибрюшное давление, т.е. вызывает усиленное всасывание токсинов и бактерий. Адреналин, опиум замедляют всасывание. Всасывание совершается главным образом диафрагмой и в прилегающих к ней областях и очень мало в тазовой полости. Вследствие огромного поверхностного притяжения и богатства лимфатическими и кровеносными сосудами, брюшина всасывает очень быстро, так что очень скоро наступает общее отравление организма и не успевает развиться местная реакция — нагноение. Местная реакция — нагноение — развивается в суставах, в мышечных ранах, в клетчатке, очень трудно в плевре, на брюшине отсутствует (та же инфекция, которая в клетчатке дает нагноение, в брюшном мешке дает сепсис). Защитные свойства брюшины проявляются обильной экссудацией, — назначение которой — разжижить токсины и убить бактерии. Наступающее сильное кровенаполнение сосудов брюшной полости вызывает кровяной стаз и замедление всасывания, вследствие наступающей гибели эндотелия; проявляется пластичность брюшинного выпота, способствующего ограничению процесса.

Таким образом, вопрос о борьбе с перитонитом еще немного продвинулся и в этом заслуга видного уральского хирурга А.М.Новикова.

г) Развитие онкогинекологии

Б.О.Котелянский из Екатеринбургского родильного дома в "Медицинском обозрении" №-6, 1889 г. опубликовал 10 чревосечений и 4 экстирпации матки через влагалище, произведенные в 1887-1888 гг по поводу рака матки, а в "Медицинском обозрении" №-9, 1889 г. — надвлагалищную ампутацию матки при гнилостном распаде подслизистой фибросаркомы и при общей инфекции.

5/III-1911 г. В.М.Онуфриев представил краткий обзор 239 вла-

галищных чревосечений, произведенных в Екатеринбурге в течение 24 лет (1887-1911 гг) по поводу рака матки, где, в частности, говорил: "...несмотря на то, что процент смертности при абдоминальном чревосечении больший, чем при влагалищном, предпочтительнее первые, ибо там лучше видно после операции, лучше можно остановить всякое кровотечение и меньше шансов оставить часть новообразований".

Но с годами постепенно процент смертности после вышеописанных операций уменьшался. Это зависело от улучшения условий обстановки операций и усовершенствования самих способов операций. А.М.Новиков в "Обзоре чревосечений, сделанных в роддоме с 13/IX-1909 г. по 13/IX-1910 г.", приводит 11,3% смертности. Он пишет, что "Операции полной гистерэктомии и Вертеймовские операции рака вошли во всеобщее употребление и тем повысили процент смертности".

В.М.Онуфриев в обстоятельной работе "Акушерские случаи" подробно останавливается на технике оперативного вмешательства. Случай XIV - киста яичника. Беременность 7 лунных месяцев. Овариотомия. Случай XXII - рак шейки матки. Беременность на 8 лунном месяце. Кесарское сечение и полная экстирпация матки с придатками.

Автор отмечает, что рак шейки матки служит прямым показанием к немедленному удалению всего органа. Беременность, даже если бы она находилась в ранней стадии, не служит помехой к такому вмешательству. Если дождаться конца беременности, то удаление карциноматозной матки по окончании родов может быть только паллиативом, вследствие сильного развития ракового про-

цесса, а сами роды могут быть опасны как для матери, так и для плода вследствие обильного кровотечения из раково-пораженной шейки, которая обыкновенно не может хорошо раскрываться, а легко разрывается. Удалить матку можно влагалищным и брюшным путем, преимущество 2-го.

Ценные указания практического характера имеются в работе А.М.Новикова "О лечении рака матки оперативным путем". Автор отмечает, что цель при оперативном лечении рака — удалить все пораженное: матку с околоматочной клетчаткой. Затем автор останавливается на ряде моментов:

1). Предварительная перевязка всех питающих матку сосудов, дает возможность удалить клетчатку.

2). Отсепаровка мочеточника бывает иногда очень трудной, т.к. мочеточник бывает запаян в инфильтрате.

3). Необходимо удалить как можно больший пояс здорового влагалища, прилежащий к раковому новообразованию, т.к. возвраты бывают именно в рубце.

4). Влагалище вскрывается обыкновенно спереди и тут наступает самый опасный момент операции, стоивший жизни многим больным: при натягивании и разминании матки раковый сок во время операции скопывается во влагалище и при вскрытии влагалища у больной в положении Тренделенбурга он может попасть в рану. Этот сок всегда содержит в себе бактерии злейшего ракового сепсиса, попадание этих выделений в брюшную полость всегда влечет смерть больной. Чтобы избежать этого излития отделений в рану, на влагалище перед отрезанием его надо наложить боковые зажимы Вертгейма. Влагалище отрезать ниже этих зажимов.

Демонстрация следующих публикаций говорит о широте диапазона уральских хирургов.

В.М. Онуфриев сделал на заседании Уральского медицинского общества IV/IX-1908 г. доклад "К пересадке мочеточников". Представлено 2 случая пересадки мочеточников в мочевой пузырь. В одном случае - со стороны влагалища, в другом - со стороны брюшной полости. В обоих случаях женщины оперировались по поводу рака матки.

Для примера приведем один из таких случаев - влагалищная часть матки имела вид бугристой, плотной, изъязвленной массы, в особенности передняя губа, дно и тело матки нормальны. Левый параметрий представлял сплошной инфильтрат, доходящий до стенки таза. Придатки не прощупывались. Диагноз - рак вагинальной порции матки с поражением левого параметрия.

12/УП-1908 г. - операция. Наркоз хлороформный. Сначала влагалище промыто мыльной водой, произведено выскабливание и прижигание язвы. Затем чревосечение от пупка до лобка. По вскрытии брюшины дно матки захвачено щипцами Мюзо. На *lig. infundibulum pelvicum et lig. rotundum* с обеих сторон наложены тупой иглой лигатуры *en masse* и широкие связки отрезаны до своего основания, так что придатки отошли с маткой. Далее сделаны поперечные разрезы брюшины спереди и сзади, тупым способом (куском марли) они отделены спереди вместе с мочевым пузырем, а сзади - с прямой кишкой. Затем слева клетчатка отделена на большом протяжении и в ней вылучены небольшие лимфатические железы, причем оказалось, что новообразование значительно распространено на дно и тело мочевого пузыря. Чтобы свободнее можно было оперировать, перевязаны *a. iliaca sin.* Над местом отхождения *a. uterina*. Далее обнажен мочеточник и т.к. он погружен в инфильтрат новообразования на мочевом пузыре, то он перерезан и центральный конец его захвачен лигатурой, затем стенки влагалища обнажены слева, спереди и сзади, так что обнажилась влагалищная часть. Последняя захвачена Мюзо и оттянута вверх и т.к. правый параметрий был свободен от новообразования, то поступлено так: отрезана обнаженная правая стенка влагалища и основание правой широкой связки снизу вверх, причем *a. uterina dextrae* перевязана *in situ*. При дальнейшем осмотре оказалось, что новообразование слева так распространилось на мочевой пузырь, что удалить его целиком значило бы удалить большую часть мочевого пузыря, а потому пришлось ограничиться срезыванием, по возможности большей части, новообразования и затем приступить к пересадке левого мочеточника в пузырь, и это сделано по Додерлейну: центральный конец мочеточника расщеплен на протяже-

нии 1 см на 2 лопасти - переднюю и заднюю, через каждую лопасть проведены лигатуры - одна на переднюю и одна на заднюю. Каждая лигатура прошла сверху вниз через толщу стенки мочеочника на выходе на внутреннюю поверхность его и вооружены были на обоих концах иглами (всего 4 иглы), затем в пузырь введен корпцанг, и ближайшее место его к мочеочнику выпячено и разрезано в направлении справа налево на протяжении $3/4$ см только со слизистой оболочки, последняя сначала отделена от толщи, а затем уже разрезана тоже слева направо, и тотчас же концы ее лопастей передняя и задняя захвачены пинцетом.

Далее лигатуры, находящиеся на мочеочнике, проведены через лопасти слизистой оболочки мочевого пузыря снутри кнаружи через основные лопасти слизистой оболочки пузыря.

С точки зрения тактики, совершенно отличной от современной, представляет интерес доклад А. М. Новикова "Гипернефрома и беременность".

Больная Т. 43 лет поступила в роддом 8/1-1913 г. с жалобами на опухоль, растущую в верхней левой части живота в течение последних 5 лет, в течение 3-х месяцев нет кровей. При осмотре живота больной оказалось, что немного ниже селезеночной области, но выше пупка и влево от средней линии выдается опухоль безболезненная, слегка бугристая, легко смещаемая вверх в подреберье, а вниз - с трудом до уровня пупка. Величина опухоли с голову новорожденного. Глубоко в животе прощупывается уже почти не смещаемый нижний сегмент опухоли. Опухоль была принята за новообразование селезенки или сальника (гематурией и болями на месте опухоли больная никогда не страдала). Кроме того, больная оказалась на 4-м месяце беременности. Опухоль решено было удалить посредством чревосечения, на которое больная охотно согласилась.

12/1 было произведено чревосечение. Разрез по левой косой линии. По вскрытии брюшной полости предстала выдвинутая далеко вперед нисходящая часть тонких кишок, а за ней забрюшинная опухоль. Опухоль лежала в капсуле и представлялась в виде слившихся между собой 3-х больших крокетных шаров. Брюшина под опухолью была рассечена, артерия и вена, шедшие в ножку опухоли, перевязаны и рассечены. После этого опухоль, лежавшая как раз в середине почки (разделившая ее на 2 части), была вывихнута, причем в нижней части опухоли обнаружился распад, похожий на протертое мясо - раковый распад. Оставшаяся по иссечению опухоли почка в виде 2-х разделенных лоскутов также была иссечена. Мешок капсулы был шит в рану и в него вставлен марлевый тампон, замененный впоследствии 2-мя резиновыми дренажными трубками.

Выздоровление больной текло без осложнений, полость быстро уменьшалась, рана затягивалась и на 19-й день больная оставила роддом. Удаленная опухоль на разрезе была местами желтого цвета, как медь. Местами в ней оказывались

кровоизлияния разной величины. При микроскопическом исследовании были обнаружены скопления клеток, характерных для гипернефромы. Через полгода больная явилась для родов и благополучно, без оперативной помощи родила упитанного мальчика в 4200 г. веса. На месте удаленной почки не было отмечено никаких особенностей. Никаких жалоб "Т" не предъявляла, чувствовала себя совершенно здоровой и на 9-й день выписалась с ребенком из родильного дома.

Интерес представляет и оригинальное сообщение К.Н.Калимыкова: "Кесарское сечение на мертвой с благоприятным исходом для плода".

Больная П., жительница Екатеринбурга, 26 лет, беременность 4-я, крепкого сложения, хорошего питания, привезена 27/X в Екатеринбургский роддом с явлениями сильной одышки и кашля. Первое, что обращает внимание у больной — это сильно запрокинутая назад голова и свистящее несколько хриповатое дыхание. Больная объясняет, что в течение нескольких месяцев она кашляет и задыхается, причем явления одышки все более и более усиливаются.

При осмотре прежде всего бросается в глаза необычный вид шеи больной. Шея сильно утолщена, увеличена главным образом в поперечном диаметре. Сильно выдается область щитовидной железы, особенно ее боковые части, где видны простым глазом и прощупываются круглые, как бы слегка флюктуирующие пузыри. Верхний отдел шеи до нижних краев нижней челюсти также утолщен, бугрист, вследствие развития таких же многочисленных флюктуирующих пузырей, нижний отдел шеи также утолщен, кожа и подкожная клетчатка, кроме того, сильно отекают. Размеры шеи: в средней части — 49 см, в верхней под нижним краем и нижней челюстью — 54 см и внизу — 50 см. Температура 37,1; пульс 92, дыхание 24. В легких явления застойного бронхита, остальные органы нормальны, моча чистая, белка нет. Беременность определена 9,5 месяцев.

На 4-е сутки пребывания в стационаре 31/X ввиду учащающегося пульса и усиливающейся одышки решено *ex consilio* произвести у больной искусственные преждевременные роды с помощью введения метрейринтера. Больная переведена в операционную и положена на стол. Но как только больная приняла горизонтальное положение, она почувствовала себя неловко и попросила ее снова поднять, затем выразила желание, т.к. сильно волновалась ввиду операции, несколько отдохнуть и собраться с силами. Была переведена в соседнюю комнату. Здесь, поместившись на койку, вдруг быстро посинела, вытянулась и на глазах старшего врача и сопровождавшей ее акушерки и нескольких учениц умерла. Тут же на месте констатирована была несомненная смерть. Тогда быстро, прошло не более 5 минут, умершая была перенесена обратно в операционную, где путем кесарского сечения был извлечен ее живой, доношенный ребенок — мальчик весом 7,3/4 ф. и 49 см длины.

Вскрытие больной: сложение крепкое, питание умеренное. На верхней части туловища бросался в глаза необычный вид шеи, которая сильно утолщена в поперечном размере, на передней части, начиная со щитовидного хряща книзу вплоть до рукоятки грудины тянется плоская, плотная опухоль, неподвижная, спаянная с кожей, в стороны от этой плотной опухоли, покрывающей весь передний отдел шеи, идут бугристые тяжи в ту и другую стороны, подходя к сосцевидным отросткам, эти тяжи образуют с той и другой стороны вздутия в виде круглых пузырей величиной в 1/2 кулака. Пузыри эти, плотно спаянные с кожей и вообще с мягкими частями, дают впечатление зыбления. Такие узлы, но меньших размеров, чередуясь с плотными буграми, рассыпаны по всей боковой поверхности шеи с той и другой стороны. При вскрытии брюшной полости особенностей не встретилось.

Грудная полость: при поднимании передней грудной стенки в верхнем отделе переднего средостения легких - зобная железа величиной в ладонь небольшой руки, спаянная довольно плотно с одной стороны с внутренней поверхностью грудной клетки, а с другой стороны приросшая к около сердечной сорочке и легким.

Кверху по направлению к шее от железы идут широкие плоские бугристые тяжи, мягкие и белые, как "сало" ткани, эти тяжи поднимаются по передней поверхности шеи, занимая ее вплоть до верхнего края щитовидного хряща, вглубь эта масса идет почти вплоть до позвоночника, замуровав кругом и дыхательное горло и пищевод, так что ни тот, ни другой вывести из этой массы нельзя, тяжи новообразования поднимаются затем и на боковые части шеи, образуя вышеописанные пузыри, которые оказались состоящими из мягкой белой, напоминающей сало, массы. Лежащие на шее мышцы кругом пропитаны новообразованной тканью, многие мышцы сильно растянуты и выглядят атрофированными. Клетчатка корня легких также спаяна с новообразованием, то и другое легкое приращены к плевре, темного цвета, переполнены темной кровью, крупные бронхи наполнены слизью, просвет их, как и дыхательное горло, свободен. Околосердечная сорочка приращена вверху к перерожденной зобной железе, а спереди кверху - к внутренней поверхности грудной клетки.

Данные вскрытия таким образом устанавливают, что смерть здесь произошла от задушения, обусловленного распространением злокачественной опухоли не только на все мягкие части шеи, но и непосредственно на дыхательные органы: гортань, трахею и крупные бронхи.

Представляет интерес статья А.М.Новикова "Новый способ удаления наружных половых органов при раке их" (операция Basset), указывающая на знакомство автора с новейшими данными медицины того времени.

Рак наружных половых органов женщины, как отмечает автор, принадлежит к разряду самых тяжелых страданий, вследствие

трудности предупредить рецидив его. Уже в самом начале страдания поражаются железы и клетчатка и никогда нельзя определить границу распространения раковых клеток. Операция удаления клитера и губ сопровождается кровотечением, и бывает возврат болезни. Одной из операций, которая теоретически порождает надежду побороть эти затруднения, является метод Basset.

Метод этот был построен автором теоретически, еще не испробован на живых, основан на тщательном изучении анатомических отношений вышеупомянутой области и путей распространения рака.

Рак, появляясь на клиторе, больших и малых губах, врастает в лимфатические щели подкожной клетчатки и может распространяться оттуда по 3 лимфатическим путям.

Первый путь идет вверх по круглой маточной связке в паховый канал. Здесь находятся многочисленные железы, расположенные над апоневрозом. Вместе с круглой маточной связкой этот лимфатический пучок прободает наружные слои и, оставляя круглую связку при вхождении ее в брюшную полость, заворачиваясь вглубь мышечных тканей вниз и назад, заходя сзади за крупные сосуды бедра. Теперь он составляет задний глубокий лимфатический корешок бедренных сосудов. Подходя к сосудам и ложась за ними, уже в скарповском треугольнике, он отдает поверхностный задний лимфатический корешок, идущий спереди сосудов в бедренном канале к генитокруральной складке.

Второй и наиболее важный путь распространения рака — это лимфатический пучок, идущий прямо из клетчатки больших губ в бедренный канал. Этот пучок охватывает кольцом бедренные сосуды. Лимфатические паховые и бедренные сосуды представляют собой замкнутый круг прободаящий Пупартову связку, и, чтобы выделить этот круг целиком, необходимо эту связку рассечь.

Третий путь — глубоко лежащие лимфатические сосуды влагалищной стенки. Эти сосуды своими анастомозами охватывают влагалищную трубку и, переходя в лимфатические сосуды широких и крестцово-маточных связок, достигают иликальных желез.

Если бы рак наружных женских половых органов избирал этот путь для распространения, то он был бы совершенно неудален. К счастью, лимфа здесь течет, по-видимому, очень медленно и поэтому даже при значительном распространении и долгом существовании рака железы этого тракта остаются не пораженными (не припухают и не затвердевают), и рецидивы наблюдаются исключительно в железах 2-х первых путей. Таким образом, задача радикального удаления рака наружных женских половых органов сводится к удалению опухоли и лимфатических желез 2-х первых путей — паховых и бедренных. Метод Basset решает эту задачу следующим образом:

Кожный разрез, параллельный Пупартовой связке, на палец ниже ее. Обнажается круглая маточная связка, вскрывается апоневроз и выбирается весь лимфатический пучок по ходу

круглой связки. Затем вскрывается паховый канал, выбирается лимфатический пучок в нем до места вхождения круглой связки в брюшную полость. Здесь выбирают клетчаточный-лимфатический пучок между глубокими мышцами и там, где он пробадает Пупартову связку, разрезают ее. Затем в Скарповском треугольнике выбирают лимфатический пучок бедренного канала. Успех операции обыкновенно зависит от момента — удастся ли выбрать всю клетчатку бедренного канала, пройти достаточно глубоко и низко на бедро.

Увеличенные лимфатические железы сидят почти на самой бедренной вене, иногда довольно крепко припаяны к ней, и малейшее неверное движение влечет за собой колоссальное кровотечение. Перевязка бедренной вены может оказаться делом в высокой степени трудным.

Когда с выделением задних корешков покончено, то делают дополнительный разрез кожи, продолжают существующий от внутреннего конца его вниз, параллельно генитокруральной складке, и таким образом ограничивая сбоку подлежащее удалению новообразование (этот разрез лучше делать вначале вместе с первым кожным), идя из этого разреза, легко выделить передний, поверхностный и глубокий корешки лимфатического пучка, бедренного канала и таким образом докончить выделение всего лимфатического пучка, который выделяется в виде кольца клетчатки и желез. Сшивают Пупартову связку, восстанавливая таким образом бедренный и паховый каналы, сшивают переднюю стенку пахового канала, вглубь полостей бедренного и пахового каналов вводят дренажные трубы (бывает очень много отделений) и закрывают паховый кожный разрез. Внутренние концы обоих первоначальных паховых кожных разрезов соединяют горизонтальным разрезом, проходящим по лобку и ограничивающим сверху подлежащее удалению новообразование. С боков удаляемый кусок ограничен вышеописанным боковым разрезом. Нижние концы боковых разрезов соединяют и таким образом границы удаляемого куска с новообразованием закончены.

Слизистая мочеиспускательного канала не поражается новообразованием и долго сопротивляется раку, но новообразование подходит так близко к отверстию, что провести здесь границу подчас бывает очень трудно и трудно здесь последующее зашивание раны.

Когда границы обведены, то кусок удаляют со всеми тканями вплоть до надкостницы лобковой кости. Здесь часто кровоточат ткани, и бывает необходимо перевязать сосуды клитера. Операция заканчивается перевязкой сосудов и сшиванием в сагитальном направлении.

Этим методом сделано две операции.

Первая из них: у "Ц" 39 лет 2/УШ-1912 г. 2 м-ца тому назад у нее появилась опухоль в области клитера, быстро выросшая и вскоре превратившаяся в язву. Язва занимает всю область клитера, верхнюю часть больших губ. В верхней части правого бедра на передней поверхности ниже Пупертовой связки прощупывается большой пакет спаянных лимфатических желез,

очень мало смещаемых при надавливании. Отдельные железы прощупываются и в глубине левого бедренного канала. Язва лоскутообразной рваной формы, дно покрыто гнойным налетом и крупнозернистым распадом, язва и края красны и сильно воспалены. Слева язва захватила всю верхнюю половину большой губы, справа - достигает бедренно-половой складки кожи. Вскрытая правая губа сильно отекает. Опухоль иссечена по способу Basset 3/УШ.

Справа железы лежали спереди бедренных сосудов, слева - сзади. Дренажи не были вставлены. Последовало обильное нагноение бедреннопаховых ран. В половине сентября рецидив в самой ране, в паховых областях.

2-й случай - аналогичный. Но в бедренный канал была введена дренажная трубка, однако нагноение предупредить этим не удалось.

Метод рационален, но не гарантирует от рецидивов - заключение автора.

д) Разработка теоретических вопросов

Ряд работ указывает на теоретическую разработку ряда проблем уральскими хирургами. К этой категории работ относятся работы А.М.Новикова: "К учению о прививочном рецидиве злокачественных опухолей", "О консервативном направлении терапии в хирургии, гинекологии и акушерстве", "О происхождении доброкачественных и злокачественных опухолей матки".

25/1-1908 г. в роддом поступила больная У., 21 г. с жалобами на боли в правом боку, продолжающиеся уже год. При чревоиссечении в левой стороне живота у больной была найдена киста яичника. Содержание кисты - жидкость темного цвета, вес 12,5 ф. Матка и правый яичник нормальны. В брюшной полости небольшое количество асцитической жидкости.

Судя по быстрому росту опухоли (1 год), при молодом возрасте больной и присутствию асцита, кисту следует, вероятнее всего, считать серозной многокамерной на границе злокачественности. При

зашивании брюшной стенки на нее был наложен 3-х этажный шов, причем на апоневроз был наложен съемный проволочный. При снятии швов этот проволочный шов оторвался, и часть его осталась в апоневрозе больной 23/II-1908 г. "У." выписалась из роддома здоровой, а 24/XI-1912 г. через 4 г. 10 мес. поступила вновь с опухолью средней линии брюшной стенки на месте бывшего шва. Болела она уже 2 года, причем боли наблюдаются внизу живота, сильнее с левой стороны. Величина опухоли, лежащей как раз по средней линии, с кулак, консистенция твердая, задний Дуглас заполнен утолщением, в котором неясно прощупывается тело, напоминающее кисту, величиной с мандарин. При операции, произведенной 25/XI, оказалось, что опухоль брюшной стенки отделена от кожи жировым слоем, лежит ниже апоневроза (в котором при разрезе опухоли был найден кусок оставленной проволоки). Сзади опухоль крепко приросла к брюшине. Здесь же крепко прирос к брюшине и конец сальника. Опухоль была иссечена из толщи брюшной стенки, а затем из заднего Дугласа была извлечена опухоль, оказавшаяся многокамерной серозной кистой правого яичника величиной с апельсин. Правая труба оказалась зарощенной, конец ее булавовидно утолщен. До отсечения правых придатков (левых не было) матка вшита в левый угол брюшной раны, и рана закрыта наглухо.

Опухоль брюшной стенки на разрезе представляла однородную по виду белую блестящую компактную массу без всякого рисунка. Под микроскопом — типичная аденокарцинома, прорезанная железами гуще, чем решето отверстиями.

Спрашивается, откуда могла взяться железистая ткань в брюшной стенке среди соединительной ткани и других тканей, не имеющих никаких желез? Ответ может быть один; мы имеем дело с при-

вичным рецидивом. Случай доказывает, что

1). Доброкачественные кисты на самом деле бывают 2-х сторонними и злокачественными. В этом отношении даже однокамерные кисты, имеющие темное содержимое, должны считаться подозрительными.

2). Кисты могут давать прививочные рецидивы рака в ране.

3). При удалении таких опухолей надо стараться предупредить возможность рецидивов главным образом режущими, а не тупыми и рвущими инструментами, не вскрывать желез и раковых масс, а удалять те и другие целиком, менять инструменты, соприкасавшиеся с раковыми клетками, и защищать рану от попадания раковых клеток, покрывая ее салфетками.

Во второй статье автор отмечает, что, борясь за орган или часть его, мы боремся за сохранение функции, явно полезной для организма. В этом заключается консервативный метод, но консервативный метод не применяется в хирургии там, где, очевидно, он не выгоден. Усекая червеобразный отросток, ни один хирург не оставит частицы его. Только там, где ежедневный опыт показывает неминуемые быстронаступающие важные для жизни расстройства после удаления органа, там хирург оставляет частицу органа (надпочечник, щитовидная железа).

В гинекологии консерватизм заключается, например, в следующем — энуклеация миом с оставлением матки, оставление яичников при экстирпации матки или удалении труб.

Далее автор указывает, на основании работ итальянских исследователей, что женский организм, лишенный половых желез становится более устойчивым по отношению к инфекциям, и сопротивляемость его по отношению к ядам и токсинам повышается.

В статье "О происхождении доброкачественных и злокачественных опухолей матки" А.М.Новиков останавливается на различных теориях и высказывает свои критические суждения по этому поводу.

"Главнейшей задачей врача в его борьбе с болезнями, — пишет автор, — всегда была и останется рациональная профилактика. Поэтому вопрос чисто теоретический — о происхождении новообразований — останавливает наше внимание не только вследствие стремления нашего ума установить закономерность явлений, но и по чисто практическим причинам. Поэтому мы не можем пренебрегать тем немногим, что кажется нам наиболее вероятным в вопросе о происхождении опухолей, чтобы подойти к вопросам рациональной профилактики. Жизнь не ждет, и от врача с 2-х различных сторон ежедневно требуют прямого ответа на вопросы о причине болезни: с одной стороны — сами больные и с другой — интересы научного врачевания, и приходится останавливаться на гипотезах далеко не бесспорных и их класть в основу рациональной профилактики, чтобы бороться с гипотезами еще более невероятными и губительными по своим практическим следствиям."

В теории происхождения опухолей 3 гипотезы являются господствующими и наиболее распространенными: теория раздражения Вирхова, зародышевая теория Конгейма и новейшая паразитарная теория.

По теории раздражения, — матка представляет особенно благоприятную почву для возникновения миом, т.к. испытывает постоянное раздражение от менструаций, Coitus, беременности и родов, а также от страданий соседних органов — брюшины, яичников, пузыря, прямой кишки. Поэтому миомы часто комбинируются с другими опухолями половой сферы: кистами яичников, раком шейки и т.п.

Надо допустить, что клетки новообразования получают какой-то

химический или биологический толчок, подвергаются обработке другими клетками или токсинами организма. Такая мысль вызвала у исследователей предположение, что "мы здесь имеем дело с бактериями". Однако нет никакого основания предполагать, что возбудителем должна быть непременно чужеродная клетка. Такую же роль могут сыграть и клетки самого организма - лейкоциты.

Касаясь этиологии ^{рака} матки, кроме трех гипотез Вирхова, Риббера, Конгейма, - наибольшим вниманием пользуются 2-е теории - паразитарная и теория хронических воспалений. Последнюю теорию подкрепляют два факта: во-первых, то, что раком поражаются только органы, находящиеся в состоянии долгого хронического воспаления, и, во-вторых, появление рака на местах, подвергнутых длительно-му слабому действию рентгеновских лучей.

Однако то наблюдение, что у одних хроническое воспаление остается десятки лет, не переходя в рак, у других же оно продолжается только несколько месяцев и получает характер злокачественного новообразования - уже это наблюдение заставляет авторов придавать значение и другому фактору - индивидуальному предрасположению.

Раковое перерождение могут претерпевать ткани только каким-либо образом измененные, такое именно изменение и производит хроническое воспаление.

"Что касается отношения нашего, - заключает автор, - к хронически измененным внутренним половым органам пожилых женщин - к матке и яичникам, то многие идут так далеко, что советуют экстирпировать матку при всяком хроническом метрите у больных на 5-й десятке лет. Однако такой совет вряд ли можно для всех одобрить, ведь не все же без исключения больные хроническим процессом за-

болевают впоследствии раком. Но хронические процессы все-таки необходимо категорически советовать женщинам настойчиво и усердно лечить, и необходимо, чтобы всякая женщина, страдающая белями, знала, какие основания мы имеем теперь серьезно смотреть на это страдание и бояться его.

Таковы основания рациональной профилактики, которые мы имеем право принимать на основании господствующих гипотез.

Интересное сообщение сделал Н.А.Русских 5/IV-1901 г. на XI годовичном публичном заседании Уральского медицинского общества "Неизвестная инфекционная болезнь. Случай белофровия с заражением новым микробом": "...Случай, который ниже описан, заслуживает полного внимания со стороны врачей, - писал автор, - потому, что он является в литературе единичным, во 2-х потому, что микроорганизм, игравший в течение болезни существенную роль, до этого случая не был нигде описан и, наконец, потому, что болезнь окончилась печальным исходом, следовательно, сама по себе она требует серьезного внимания.

С другой стороны, случай этот интересен в том отношении, что здесь была заподозрена чума, что в свою очередь, повлекло за собой ряд мер, направленных к прекращению разнеса заразы, и, в известной степени, это было вполне логично ввиду исключительности болезни, ее тяжести и значительного сходства этого вновь открытого микроба с чумным..."

Случай этот встретился в сентябре 1899 г. в Кыштымском заводе Екатеринбургского уезда Пермской губ., в заводском госпитале, которым заведывал А.К.Бухвастов, который и заподозрил здесь сомнительное по чуме заболевание. Посланная сюда комиссия из врачей уездного, городского и больничного из г.Екатеринбурга

и железнодорожного тоже признала сомнительность случая и в своем протоколе I/IX-1899 г. выразилась так:

"Ерасова, около 17 лет от роду, телосложения посредственного, питания умеренного, общее состояние - тифозное, температура 39°, пульс 100, дыхание учащенное, язык обложен, миндалины смещены, слизистая оболочка их нормального цвета, околоушные и подмышечные железы распухли, правая околоушная железа нагноилась и в центре размягчена, увеличены и подвижны железы подмышечные, локтевые, паховые и бедренные. Печень и селезенка резко увеличены и болезненны. Петехий на коже живота не замечается, легкие и сердце нормальны, количество мочи уменьшено, больная жаждет на сильную головную боль и общий упадок сил, отсутствие аппетита, ночью легкий бред и днем спячка.

Анамнез: больная заболела в последних числах августа. Болезнь началась сильной головной болью, сопровождавшейся сильным упадком сил. В казарме рабочих на железной дороге между станцией Аргашем и Есаульской Челябинской ветви она провела один день и после того была отправлена в с. Рождественское, где и проболела до I/IX.

На 5-й день болезни, по словам больной, появилось опухание сначала шейных желез, а потом всех остальных, и 23/IX она была доставлена в приемный покой Кыштымской заводской больницы.

На основании вышеизложенного полагали, что Ерасова одержима остро-заразной болезнью, которая по симптомам, обстоятельствам и месту заболевания весьма похожа на бузбонную чуму, но точное определение означенной болезни возможно только после бактериологического исследования. Необходимыми мерами были следующие:

1). Полная и строгая изоляция больной и ухаживающих за ней, для чего, между прочим, полагаем необходимым отдельный медицинский и служебный персонал в числе одного врача, фельдшера и сестры милосердия.

2). Немедленное устройство строгой обсервации с. Рождественского и обеззараживание дома, где находилась Ерасова до поступления в больницу.

3). Желательная изоляция и обсервация лиц, находившихся в соприкосновении с больной.

4). Обеззараживание казармы рабочих, где первоначально заболела Ерасова.

5). Наблюдение над жившими в этой казарме и, в особенности, мужем больной.

6). Ввиду особо плохого санитарного состояния с. Рождественского, где больная оставалась довольно продолжительное время, необходима немедленная организация врачебного пункта для своевременного распознавания заболеваний, подобных настоящему".

Ввиду этого Екатеринбургское земство командировало Н. А. Русских для совместного с доктором Бухвостовым наблюдения за больной, выписан был из г. Перми заведующий бактериологической станцией губернского земства доктор Эдравомыслов и, наконец, сообщено было об этом в С.-Петербургской комиссии по борьбе против чумы, которая, со своей стороны, командировала в Кыштым проф. Д. К. Заболотного.

19/IX доктором Д. К. Заболотным в 3 часа пополудни взят из не вскрытого нарыва левой околоушной железы гной для мазков и для посевов. Для тех же целей взята кровь и содержание левой паховой железы. После чего нарыв левой околоушной железы вскрыт, причем выделилось ложки две столых густого зеленого гноя. Течение болезни прогрессировало. Силы больной постепенно слабели, исчез аппетит. Нарывы после вскрытия бубонов не имели склонности к заживанию — признаки истощения организма.

Тем временем шли бактериологические исследования взятого от больной микроорганизма и крови.

"На препаратах, сделанных как непосредственно из абсцесса, так и из культур, найдена палочка. Палочка эта:
1) Морфологически напоминает палочку бубонной чумы,
2) Рост ее на глицериновом агаре также имеет сходство с ростом чумной палочки.

Однако: 1/ Найденный микроб, посеянный на бульон, не дает хлопчатого осадка на стенках и дне пробирки, характерного для чумной палочки, на что в литературе указывает большинство исследователей.

2/ Найденный микроб в 24 часа хорошо вырастает на картофеле, тогда как, по указанию многих исследователей, истинно чумная палочка на упомянутой среде вырастает в 6-10 дней.

3/ Найденный микроб красится по способу Грамма, тогда как истинно чумная палочка, по указанию всех исследователей, не красится по Грамму.

4/ Свинок, привитые бульонной культурой найденного микроба 17/IX, живы, вторая серия свинок, привитых 19/IX дозой вдвое большей предыдущей, также пока живы.

При заражении же истинно чумной палочкой животные должны были бы проявить характерные болезненные припадки. В целях чисто научных укажем на тот факт, что не было произведено опытов над белыми мышами, как животными очень чувствительными к чумной инфекции.

На основании всего изложенного, отклонения найденной палочки от основного типа так значительны (за исключением морфологии и роста на агаре), что с вероятностью можно отрицать ее чумную натуру. 27/IX он сообщает:

"Палочка, найденная в Кыштыме, морфологически очень похожа на чумную, но не чумная. Эта палочка, по моему глубокому убеждению, до сих пор не описанная в литературе. Вещь возможная, что она сапрофит по природе, случайно попавший в организм и развившийся в нем.

По Грамму, палочка не вполне обесцвечивается, по-видимому, имеет споры и капсулу. Случай рассматривается как гноеродная инфекция, обусловленная найденной палочкой. Серые мыши гибнут в 2 суток с образованием инфильтрата и увеличением лимфатических желез.

Палочка растет на всех средах. Похожа на чумную, ее можно дифференцировать с фридлендеровской. На сыворотке и глицериновом агаре - это короткая палочка, слагающаяся в форме иногда диплококков на желатине, картофеле, бульоне - она длиннее (до величины брюшнотифозной).

Эта палочка слизисто-гноеродная, - вот и название ей - по характеру гноя и культуре".

Итак, перед нами какая-то острая лихорадочная болезнь, вызванная особым микробом, сопровождающаяся общим упадком сил, петехиями на коже живота, запуханием печени, селезенки и лимфатических желез (околоушных, шейных, подмышечных, паховых и бедренных), причем железы воспаляются и переходят в гнойники. Лесны и слизистая оболочка в конце болезни гангренизируются, и смерть происходит при явлениях общего упадка жизнедеятельности, заражение происходит через миндалины.

С точки зрения современных позиций, исходя из описания заболевания, мы можем предположить, что больная Ерасова страдала острым лейкозом, нозологической формой заболевания, встречаемой в те времена чрезвычайно редко, тем более, что инфекционное начало лейкозов в настоящее время не исключается.

е) Демонстрация случаев

Значительный интерес представляет демонстрация случаев и препаратов на заседаниях Уральского медицинского общества. Так, А.А. Миславский демонстрирует в 1891 г. случай лимфомы шеи у 9 л. мальчика с хорошим исходом. В этом же году он доложил о случае

фибролипомы поясничной области с фотографией пациентки (рис. II).
Вес опухоли был 1 пуд.



Рис. II. Случай фибролипомы поясничной области, успешно удаленной А.А. Миславским.

Опухоль была успешно удалена, тем самым Александр Андреевич отдал дань времени, т.к. в то время по размерам удаленной опухоли складывалось представление о мастерстве хирурга. Случай остеомы *n. radialis*, доложенный А.А. Миславским в 1891 г., говорит о Jewelрности работы хирурга.

Случай удаления кисты из уретры также является показателем мастерства хирурга того времени.

Дермоидная киста вскрылась через пузырь. В продолжение 4-х месяцев из уретры выходили небольшие косточки. При исследовании найдено — матка увеличена и сливается с какой-то плотной

массой, разлитой, особенно в задней части таза, наружные отверстия уретры покрыты гноящейся ссадиной, в самой уретре — камень.

Операция состояла в захватывании камня коридангом, в рассечении наружного отверстия уретры ножницами с обеих сторон и в извлечении камня. Вся уретра оказалась настолько расширенной, что была свободно проходима для пальца, а потому пузырь исследован пальцем, в нем ничего не найдено. Извлеченный камень оказался бесформенной косточкой, окруженной фосфатами, величина его с грецкий орех. "Т" выписана здоровой.

7/II-1894 г. А.А.Миславский доложил случай операции рака миндалевидных желез, мягкого неба и небно-язычковых дужек. Рецидива не наступило, а 24/II-1898 г. — случай остеомы лобной кости.

Н.Ю.Кульберг 15/XII-1901 г. демонстрирует случай неопределенной опухоли, извлеченной из вагины после родов, и два случая гипертрофии простаты.

Д.П.Кузнецкий 26/III-1902 г. демонстрирует случай первичного рака яичника в молодом возрасте, представляет микроскопический препарат.

В 1903 г. в журнале "Акушерство и женские болезни" (т.ХVII, I) помещена его статья "Случай рака яичников у 14-летней девочки", а в 1908 г. в журнале "Русский врач" (II-43) — его статья "К вопросу об отдаленных результатах оперативного лечения первичного рака яичников".

2 случая экстирпации грудных желез показывают тактику хирургов того времени по отношению к этой категории больных, отличную от современной.

Больные - замужние, рожавшие, в возрасте 40 и 42 лет. Показанием к операции служила карцинома грудной железы, в одном случае новообразование развилось в течение 5 мес., а в другом - в течение 2 лет. В том и другом случае поражена была вся железа, подмышечные железы были здоровы. Операция состояла в ампутации всей железы и в закрытии раны шелковыми швами. Выписались здоровыми. У обеих вскоре рецидивы/!/.

Представляет интерес случай, доложенный 22/УШ-1909 г. Хириним: "Врожденная липома грудной железы у 2-летнего мальчика". В области правой молочной железы мягкая опухоль, величиной с детскую голову. Под хлороформным наркозом А.А.Падучев вынул опухоль. Вес опухоли 380 гр. Микроскопически липома.

На заседании Уральского медицинского общества 2/Х-1907 г. И.Г.Замуравкин демонстрировал больного с карциномой века, леченого хирургическим методом. В 1905 г. в журнале "Русский хирургический архив", кн.3, была помещена статья уральских хирургов П.В. и Д.П.Кузнецких "Случай колоссальной доброкачественной опухоли мочевого пузыря", а в 1909 г. в журнале "Русский врач" (№-16) - статья Д.П.Кузнецкого "К оперативному вмешательству при опухолях в мочевом пузыре у беременных".

29/Х-1907 г. Сушкин демонстрировал больного с опухолью на глазном яблоке (лейко-саркома).

Демонстрация препаратов была возможна благодаря разработанному методу обработки препаратов, а также потому, что в 90-х годах стал широко использоваться микроскоп в диагностических целях в Екатеринбургском роддоме.

Весь препарат погружают на 12 дней в жидкость wicher'scheme'a. Она готовится следующим образом: в 3000,0 кипя-

шей воды растворяют 100,0 квасцов, 25,0 поваренной соли, 50,0 селитры, 60,0 соды, 10,0 мышьяковистой кислоты, эту смесь охлаждают и фильтруют.

К 10 л. нейтрального, без цвета и запаха раствора, прибавляют 4 л. глицерина и 1 л. метилового алкоголя, затем препарат наполняется песком и высушивается в теплой тяге (все отверстия заливаются, затем песок заменяется паклей, и весь препарат покрывается лаком). Этот способ замечателен тем, что ничем не защищенный препарат не подвергается гниению, препарату присуща тканевая мягкость и эластичность.

Большой интерес представляет публикация казуистических случаев. В.М. Онуфриев сделал сообщение о "Двух случаях внематочной беременности", один из которых 12-месячной давности представляет значительный интерес в смысле дифференциальной диагностики.

6/II-1890 г. в Екатеринбургский роддом поступила больная "С". Она приехала из Тюмени, по совету местных врачей к А.А. Миславскому, который и направил ее в Екатеринбургский роддом. Из распросов оказалось, что ей 33 года, она замужем 15 лет, 4 раза родила, в последний раз 7 лет тому назад. 24/III-1889 г., т.е. почти год тому назад, у нее последний раз были менструации, являвшиеся до того времени правильно (через 3 недели по 4 дня). С прекращением регул она считала себя беременной и действительно через 4 месяца 9/VIII она начала ощущать движение плода, которое делалось с течением времени энергичнее. На 5-м и 6-м месяцах после остановки регул из половых органов показалось сукровичное отделяемое, продолжавшееся каждый раз по 3 недели и останавливавшееся само по себе, причем не было замечено выхождения какой либо оболочки.

18/XII, т.е. через 9 лунных месяцев от остановки регул, у нее явились сильные схваткообразные родовые боли в животе, эти боли через день прекратились, а вместе с тем прекратилось движение плода. Следовательно, родовые явления наступили через 36 недель после остановки менструаций или, другими словами, "С" не доносила 4 недели.

В продолжение этих родовых болей из половых органов ничего не выделялось, и живот остался по-прежнему большой,

содержащий в своей полости какую-то массу. С прекращением движения плода больная стала чувствовать себя более сносно, и через 3 недели после того, т.е. в январе м-це, имела, по ее мнению, регулы, продолжавшиеся 1 неделю. Нужно заметить, что в течение всей этой беременности больная ощущала постоянные боли по всему животу, эти боли особенно резко усилились при движении плода. Местные врачи, приглашенные во время родовых явлений, признали существование внематочной беременности и направили ее для лечения в Екатеринбург.

Осмотр показал следующее: больная худая, истощена, несколько бледна. Живот увеличен вследствие присутствия в нем плотной опухоли, идущей из полости малого таза и не достигающей верхушкой своей до подложечной области на 3 поперечных пальца. Опухоль эта местами мягка, местами имеет твердые выступы, она довольно гладкая, совершенно неподвижная и в верхней правой части при давлении болезненна.

Влагалище ничего особого не представляет. Шейка матки плотна и невелика, зев неровный от старых рубцов, закрыт. Вся матка прощупывается как бы плотно прилегающей своей задней поверхностью с вышеупомянутой опухолью живота, нижний же сегмент этой опухоли несколько отодвигает задний свод влагалища. Матка плотна, невелика, искривлена вперед и придвинута к левой стенке таза. Фаллопиевых труб и яичников нельзя прощупать. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. Моча кислой реакции, белка в ней нет.

Таким образом, на основании объективного исследования видно было, что имеется опухоль в брюшной полости, исходящая из органов малого таза. На основании же анамнеза можно было с большой вероятностью предполагать беременность и именно внематочную. На беременность указывали прекращения менструаций и движений плода, на внематочную же — сильные боли в животе в течение всей беременности и безрезультатные родовые явления, при которых наступила смерть плода, причем плодный мешок остался в брюшной полости, а из половых органов ничего не выделилось наружу, кроме сукровицы.

Ввиду всего этого решено было оставить больную в течение некоторого времени под наблюдением по следующим соображениям: если это какое-либо новообразование, то через несколько недель время не будет потеряно для оперативного лечения, т.к. не имелось показаний для немедленного вмешательства, если же это действительно внематочная беременность, то, как известно, раньше 5-6 месяцев после смерти плода нельзя извлекать плодного мешка, вследствие того, что послед недостаточно отделяется до этого времени от своего места, прикрепление и извлечение его во время операции может обусловить смертельное кровотечение.

Кроме того, дальнейшим наблюдением возможно было подтвердить распознавание внематочной беременности, а именно: как известно, только при этой последней вся прощупываемая масса или опухоль в животе не увеличивается, а уменьшается. И действительно, в продолжении 7-недельного наблюдения за больной, замечено, что опухоль в животе, как показало при-

мое и неоднократно измерение, уменьшилась во всех размерах на несколько сантиметров.

В течение этого времени общее состояние больной улучшилось, пищеварение хорошее, она окрепла, температура и пульс нормальные, иногда только она ощущала боли в животе. Но в конце марта эти боли настолько усилились, что не позволяли больной оставлять постель и заставили прибегнуть к оперативному вмешательству ранее принятого срока, т.е. на 5-м месяце после смерти плода.

5/IV произведена операция под хлороформом при постоянном орошении поля операции 3% раствором борной кислоты. После тщательного очищения и затем обмывания покровов живота раствором сулемы, брюшная полость была вскрыта разрезом, который проведен прямо через пупок по белой линии на протяжении 20 см; рукой, тотчас введенной в полость живота, можно было опухать гладкую опухоль, имеющую в верхней левой части выступ (как оказалось потом, по извлечении опухоли, это был правый локоть ребенка, который вышел из произвольного разрыва плодного мешка), верхняя задняя часть опухоли имела плотные сращения с салынником, кишками и брюшной стенкой, к брюшине около пупка слегка пристали два кусочка косточек, каждый величиной 1/2 см. Сращения были тотчас отделены, а косточки извлечены.

Затем той же рукой можно было убедиться, что опухоль выходит из малого таза, где она имеет сравнительно тонкую ножку, образуемую из правой фаллопиевой трубы и правой широкой связки. Отделенная, по возможности, от сращений опухоль целиком была выведена рукой из брюшной полости наружу, причем небольшие сращения с кишками были легко отделены пальцем. Ножка опухоли оказалась окутана ложными перепонками и была изолирована, затем разделена на два пучка, перевязана шелком и опущена в брюшную полость. В культе зияли средней величины сосудистые стволы, которые отдельно не перевязывались.

Туалет брюшины состоял в удалении некоторых ложных перепонек и в очищении брюшной полости губкой, рана живота зашита 8 глубокими и 17 поверхностными шелковыми швами. Операция продолжалась 1 час 20 мин. с хлороформом. Послеоперационное течение протекало без особых осложнений. Швы сняты на 10-й день. На всем протяжении раны первичное натяжение, за исключением нижнего конца в 1 см длиной, где имелось поверхностное нагноение. Температура и пульс все время нормальные, кроме 1,5 недель, когда температура поднялась до 38,5° по вечерам, вследствие подкожных нарывчиков около раны. Больная "С" поправилась. Чувствовала себя хорошо. Наблюдалась через год после операции.

Интерес представляет казуистический случай пузырного заноса.

Больная "М" 26 лет поступила в Екатеринбургский роддом 18/XII-1888 г. на 4-м лунном месяце. Беременна в 6-й раз. Прежние беременности протекали благополучно, роды были срочные.

В настоящей беременности заметила, что живот увеличивается более, чем это соответствует сроку беременности, и, кроме того, из половых органов выделяется по временам кровь, иногда в большом количестве. При поступлении найдено, что "М" слаба, малокровна, температура и пульс нормальные. Высота дна матки 27 см. Окружность живота на уровне пупка 77 см, выше - 80 см, ниже - 81 см. Ни сердцебиения, ни движения плода не слышно. Матка подвижная, безболезненная, временами сокращается. Зев закрыт, из него вытекает кровь.

В течение первых 2-х недель пребывания в роддоме "М" находилась под наблюдением, причем замечено, что матка несколько увеличилась, метрорагия же настолько усилилась, что явилось показание к вмешательству для определения содержания матки, относительно которого сделано предположение о пузырном заносе.

2/XII в матку вставлено тупелло, на другой день явились схватки, матка открылась и удалось извлечь из полости ее по частям пузырный занос. После этого у "М" развился эндометрит, с которым она и выписалась из роддома 8/I. После этого она 2 раза родила в срок благополучно.

О редкости этой патологии говорит тот факт, что этот пузырный занос был один на все 1730 родов в Екатеринбургском роддоме.

Редким является случай смерти от глиомы шейной части спинного мозга.

Больная 19 лет, беременность I-я, поступила на IX лунном месяце 17/XII-1888 г. Таз нормальный. Роды начались 19/XII, кончились благополучно, без помощи, продолжались 9 ч. 50 мин. Родился мальчик, живой, весом в 2,046 кг и длиной 41 см. Тотчас после родов температура повысилась и пульс участился. В течение остальных 6 дней замечено постепенное распространение паралича на левую конечность и прогрессирующий упадок сил. Вскоре больная умерла. Вскрытие показало отсутствие каких-либо изменений в половой сфере и в брюшных органах. В шейной части спинного мозга найдена опухоль веретенообразной формы, длиной в 3 см и толщиной в 3/4 см. Под микроскопом оказалась глиомой.

3. Видные хирурги дореволюционного Урала

А.А.Миславский (1828-1914 гг.). Выдающийся врач и общественный деятель Урала Александр Андреевич Миславский (рис.12) родился 24/II/декабря 1828 г. в Камско-Воткинском заводе в семье горного служащего. В 1846 г. успешно окончил Пермскую классическую гимназию и поступил "казенно-коштатским" студентом на медицинский факультет Казанского университета. При переходе на 3-й курс был зачислен стипендиатом Уральского горного ведомства с обязательством прослужить ряд лет на одном из уральских заводов. Путь врача начался в Туринских рудниках после успешного окончания Казанского университета в 1851 году.

Воспоминания А.А.Миславского дают представление о преподавании медицины свыше 100 лет тому назад. Учебников не было, лекции профессоров записывались и переписывались, некоторые лекции читались на латинском языке, специальных книг из библиотеки выдавали мало. С микроскопией знакомство было весьма ограниченное, практические занятия в лаборатории не производились, вивисекции считались роскошью. В терапевтических клиниках аускультация и перкуссия только начали входить в обиход. Температура у больных не измерялась. Все хирургические операции производились без наркоза, зашивание ран производилось при помощи смазывания деревянным маслом. Глазные болезни были присоединены к хирургии, женские - к акушерской клинике.

Н.А.Русских - председатель Уральского медицинского общества - пишет: "Кто хотя бы немного знаком с историей меди-



Н. М. Миславский (signature)  ВЪ ЕКАТЕРИНБУРГѢ

Рис. 12. Доктор медицины
А. А. МИСЛАВСКИЙ.

чины, тому, конечно, известно состояние ее в 50-х годах прошлого столетия. Достаточно сказать, что ни термометра, ни хлороформа, ни антисептики тогда еще не было, методы распознавания болезней были настолько примитивны, что поражают теперь своей наивностью.

Хирургия тогда не была в моде, и операции производились только при крайней необходимости. И не мудрено, потому что подвергнуться сложной операции без усыпления никому не хотелось. А когда операция была жизненно необходима, то оперируемого держали за руки и за ноги, он кричал изо всех сил. Понятно, почему Н.И.Пирогов называл такие операции "хирургическими казнями". Да и операции давали плохие результаты — больным угрожала рожа, гангрена и септицемия.

При таких условиях у многих врачей опускались руки...". /Н.А.Русских, 326/. "Скелетную руку смерти, — писал В.П.Чекин, — то и дело отводила не наука, а кладнокровие, находчивость, даже вдохновение врача".

„24-летний А.А.Миславский, вооруженный только дипломом лекаря, смело шагнул прямо из дверей родного Казанского университета в самую гущу народного горя и народных болезней, перешагнул и неуклонно пошел по тернистому прямому пути, "целя недуг, врачую муку," — так писал В.П.Чекин /В.П.Чекин, 435/.

Приезд на Урал связан в его воспоминаниях с тяжелыми впечатлениями: в Туринских казенных рудниках еще практиковались телесные наказания за разные проступки /А.А.Миславский, 225/. И вот в такой обстановке, со слабой медицинской подготовкой, без хирургической практики он развернул с пер-

вых же шагов своей деятельности большую хирургическую работу. Судя по имеющимся материалам, А.А.Миславский был поражен крайне низким уровнем медицинской помощи населению Урала. Он увидел тяжелые последствия непрекращающихся эпидемий оспы, он узнал, что целые селения были поражены трахомой, которую никто не умел лечить. Он столкнулся с тяжелейшими последствиями крайне высокого заводского травматизма, с которым никто не боролся. Он ознакомился со своеобразными профессиональными заболеваниями на заводах с фосфорным некрозом, костоедой и др.

А.А.Миславский стал хирургом и офтальмологом и посвятил свыше 50 лет своей славной жизни этому делу. Вся его врачебная деятельность протекала на Уральских заводах. Он родился, вырос, учился и работал на Урале, для Урала. В 1856 г. А.А.Миславский перешел работать в Екатеринбург, вначале-врачом Нижне-Исетского завода, а затем в течение последующих лет-врачом Верх-Исетского завода.

С первых лет своей работы он развил широкую и разностороннюю деятельность в области общей хирургии и офтальмологии. Достаточно упомянуть, что им произведены в 1853 г. первые операции на Урале по поводу катаракты. Эта операция стала одной из наиболее частых, она выполнялась А.А.Миславским с большим успехом, что привлекало к нему больных катарактой не только со всех концов Урала, но из отдаленных концов России. За свою долгую врачебную жизнь А.А.Миславский лично произвел 3264 операции по поводу катаракты. Он посвятил много труда хирургическому лечению трахомы и ее последствий, о чем свидетельствует такая цифра, как 3192 операции по поводу трахомы.

Большого искусства достиг А.А.Миславский и в производстве

пластических операций на веках. Слава Миславского как исцелителя слепых, далеко разнеслась за пределами Екатеринбурга и Урала. Его современник проф. Адамюк характеризовал деятельность Миславского следующими словами: "Его окулистическая деятельность была столь обширна и блестяща, что ее хватило бы для любой клиники" (цит. по М.С.Левченко, 191).

Однако глазная хирургия составляла только часть огромной хирургической работы А.А. Миславского. В списке сделанных им операций, а их оказалось свыше 10 тысяч, мы находим большое число акушерских, урологических, кожно-пластических, онкологических, костных и др.

В 1852 г. Миславский произвел впервые на Урале, 3-ю в России операцию струмэктомии по поводу зоба (Ю.Э.Соркин, 374,379). "В истории русской хирургии дата эта, нужно думать, — пишет Л.В. Лепешинский в монографии "Зоб", — не будет забыта". В руководствах по хирургии приводится, действительно, эта дата.

К сожалению, в литературе этот вопрос освещен исторически недостоверно.

Большинство хирургов, занимающихся этим вопросом, считают, что первая струмэктомия в России была произведена Н.И. Пироговым (О.В. Николаев, Б.В. Аникандров, А.Т. Лидский, В.И. Майтак). В работе Н.И.Пирогова "Отчет о путешествии по Кавказу" мы, действительно, находим первое подробное описание струмэктомии, произведенной им во Владикавказе у 17-летней девушки. Глубокое знание анатомии и блестящая техника позволили хирургу успешно завершить это сложное вмешательство в течение более получаса (цит. по Л.З. Дробкову, 100).

В.С. Левит (190), М.С.Левченко (191), В.Т. Селезнева (358)

считают, что первая струмэктомия в России произведена А.А.Миславским в ильинской больнице на Урале в 1852 г. Действительно, вскоре после Н.И.Пирогова на уральском руднике молодой еще тогда врач А.А.Миславский повторил эту операцию, избавив 30-летнего мастерового от тяжелого недуга.

Сам А.А.Миславский в своей автобиографии писал: "...Хирургических случаев было очень достаточно. Поводом к операциям служили травмы, костоеды, обморожения, новообразования и один случай весьма курьезный - экстирпация зоба, величиною с кулак" /А.А.Миславский, 225/.

А.Т.Лидский пишет, что "...по дошедшим до нас сведениям, операция (струмэктомия - Ю.С.) длилась три дня. После 3-4 часов работы, когда больной и хирург достаточно уставали, операцию прерывали с тем, чтобы на следующий день продолжать ее. Зоб был, наконец, удален, и больной выжил..." /А.Т.Лидский, 194/.

В Большой медицинской энциклопедии т.10, 1959 г. стр.918 мы читаем: "...В России впервые операция по поводу зоба была проведена Н.И.Пироговым в 1847 г. на Кавказе и А.Н.Миславским в 1850 г.^{х)} на Урале..."

Но вот в 1960 г. появилось исследование Л.З.Дробкова (100), который указывает, что первая струмэктомия в России произведена Е.О.Мухиным, учителем и другом Н.И.Пирогова, задолго до того, как она была произведена его гениальным учеником. Интересно отметить, что почти полстолетия спустя (1850), Французская Академия нашла необходимым наложить запрет на струмэктомию из-за ее чрезвычайной сложности и опасности.

х) Инициалы А.Н.Миславский и дата 1850 г. в отношении первой струмэктомии на Урале неправильны. Следует читать А.А.Миславский и 1852 г.

Таким образом, необходимо при изложении исторического обзора хирургического лечения зоба — считать первые произведенные струмэктомии в России в следующем хронологическом порядке:

1807 г. — Е.О.Мухин,

1847 г. — Н.И.Пирогов,

1852 г. — А.А.Миславский /Ю.Э.Соркин, 379/.

Что же касается описания зоба на Урале, то первое по времени мы находим в труде Успенского "Медико-топографическое описание Екатеринбургского округа и его города" (1835 г.).

"Опухоль эта, — сообщает он, — наблюдается в Екатеринбургском уезде и заводах Сысертском, Полевском, Северском, Верх-Нейвенском и в окрестности заводов Ревдинского и Сергинского, в деревнях, к ним приписанных. Заводы и деревни эти расположены по склонам Уральского хребта, в глубоких долинах, окруженные обширными лесами, на почве, богатой металлами. Количество жителей обоего пола в этих селениях достигает 20 тысяч. Из их числа приблизительно одна треть страдает зобом, болезнью этой поражаются дети, мальчики и девочки, взрослые мужчины и женщины, старики и старухи. Особенно подвержены заболеванию лица с флегматическим темпераментом, белокурыми волосами и нежным худощавым сложением". Причиной, обуславливающей это "скорее отвратительное, чем опасное страдание", автор считает наличие в почве металлов, которые частью переходят в питьевую воду, частью испаряются в атмосфере.

Поступившие тем или иным путем в организм яды (главным образом окись меди и свинца) поражают лимфатическую систему, получают завалы и затвердевания, что, в свою очередь, ведет к образованию зоба, холод и сырость усугубляют вредное действие их, подавляя кожную транскрипцию. Чтобы понять это замысловатое рассуждение, следует вспомнить 2 обстоятельства: 1). Зоб объясняли в то время выпотеванием лимфы, 2). Термин "завал" разбит впоследствии на множество отдельных патолого-анатомических определений, выражая столь широкое и отвлеченное понятие, что казалось возможным привлечь его к объяснению почти любого патологического явления.

Терапия зоба, в том числе и иодная, по мнению автора, бесплодна. На хирургическое вмешательство он ни разу не отважился, "устрашенный предостережениями, имеющимися в книгах" и ничего доброго от этого способа не ожидал" (цит. по Г.И.Зархи, 116). Тем удивительнее, что А.А.Миславский рискнул ее сделать в глуши на Урале. Это говорит о смелости хирурга и веру в свои силы и возможности.

А.А.Миславским произведено большое количество операций камнесечения. Результатом его деятельности в этой области являлась большая коллекция камней мочевого пузыря. С каждым годом хирургическая деятельность Миславского расширялась и углублялась.

Таблицы, составленные сыном А.А.Миславского - С.А.Миславским, дают ясное представление об объеме и характере его многообразной хирургической деятельности /С.А.Миславский, 226/. По мнению всех врачей, видевших операции А.А.Миславского, он был очень искусным хирургом. Исходы его операций по тому времени следует считать хорошими. Н.А.Русских писал: "...А его операции? Это была работа художника. В хирургии есть старинное правило - производить операцию *tuto, cito et Jucunde*, т.е. бережно, быстро и приятно. Он так и делал. При его операциях не чувствовалось опасности, он производил скоро, и нож его не был ужасным орудием, он владел им, как скульптор резцом, без излишнего размаха, точностью правильных линий и с полной законченностью фигуры: нам случалось видеть кропотливое иссечение им мелких язв, доступных глазу новообразований и крупных в пуд весом опухолей, и везде мы видели не только руку хирурга, но и художника.

Много хирургических операций случалось нам наблюдать в разных больницах, но, не ошибившись, можно сказать, что такой точной и красивой работы ножом более мы не встретили. И при том сколько выдержки, хладнокровия и внимания даже к мелочам проявляет этот великий хирург при своих операциях! Да, это был мастер своего дела!" /Н.А.Русских, 326/.

5 сентября 1892 г. Миславский удалил в амбулаторном по-

рядне из правой глазницы инородное тело, оказавшееся винтом от казенной части ружья, длиной 7,5 см. Больной выздоровел. 26 октября 1895 г. Миславский демонстрировал на заседании Уральского медицинского общества больного после операции удаления рака миндалин и желез, мягкого неба и небно-языковых дужек.

Большое впечатление произвела на членов Общества демонстрация больного, имевшего седловидный нос, которому была сделана Миславским ринопластика с помощью золотой стропилки по способу проф. Студетского.

Первая лапаротомия была сделана Миславским в частной квартире в Верх-Исетском заводе в Екатеринбурге 27 июня 1879 г. по поводу кисти яичника. Операция прошла успешно.

Будучи образованным врачом, Миславский очень рано оценил исключительную роль антисептики и асептики в хирургии, он был одним из пионеров этого дела в России.

В результате упорной многолетней борьбы с администрацией В-Исетского завода Александру Андреевичу удалось перестроить госпиталь Верх-Исетского завода: расширено приемное отделение для амбулаторных больных, выделены инфекционные палаты, оборудованы и оснащены новейшей техникой операционные и перевязочные, создается отдельный операционный блок для "чистых" больных. Все это резко снизило летальность среди оперированных больных.

Совершенствование знаний в области хирургии, систематическое повышение специальных навыков врачей и фельдшеров Александр Андреевич не мыслил без хорошего знания анатомии.

С этой целью, работая в Туринских рудниках, он собрал полный скелет человека, впоследствии он передал его Туринскому госпиталю. При В-Исетской больнице им был создан анатомический музей, где, наряду с анатомическими препаратами, находилось значительное количество патолого-анатомических препаратов. К большому сожалению, этот памятник Уральской хирургии конца прошлого столетия был уничтожен в 1912 году. Многие препараты А.А.Миславского находились и в анатомических музеях при Казанском университете и С-Петербургской Военно-медицинской Академии.

У А.А.Миславского была замечательная черта - стремление к точной регистрации всей проведенной работе, к хорошей документации. Все его операции были тщательно записаны, все удаленные препараты сохранялись, интересные больные фотографировались до и после операции. Блестяще выполненные операции В-Исетским врачом обратили на себя внимание ученого медицинского мира и вызвали лестные отзывы со стороны таких корифеев науки, как проф. Н.В.Склифосовский.

Но деятельность А.А.Миславского не ограничивалась работой в области хирургии, ему как единственному врачу больницы приходилось оказывать помощь по всем специальностям. Он был и замечательный терапевт. "Громадная опытность и эрудиция, - писал Н.А.Русских, - помогали ему улавливать сущность иногда глубоко скрытой внутренней болезни, осветить причины ее происхождения и направить снова организм на путь исцеления. Консультировать с ним его младшим товарищам было высокое наслаждение"/Н.А.Русских, 326/.

Вводя возможные усовершенствования, строго следя за научной литературой, А.А.Миславский обратил внимание на лечебные недра Урала.

А.А.Миславский был не только выдающимся хирургом и врачом, но он был и крупным общественным деятелем того времени. Учредитель, вице-президент, а позднее президент и почетный президент Уральского общества любителей естествознания, горячее участие он принимал в организации Уральского медицинского общества.

Председательствуя на заседаниях Уральского медицинского общества, он проявлял большой такт и умение объединять людей различных общественных течений и старался придать работе прогрессивное направление. Деятельное участие принимал А.А.Миславский в работе местного общества Красного Креста, являясь почетным членом этого общества. А.А.Миславский был председателем выставочного комитета на Уральской научно-промышленной выставке в 1887 году.

Н.А.Русских писал: "Говорить ли об его общественной деятельности? Она была у всех на виду. Кажется, не возникало ни одного культурного предприятия, благотворительного или общественного дела без его участия. Те короткие часы досуга, какие он имел от обширной практики, он посвящал общественной работе на пользу того же народа, которому он служил целый день как медик..." /Н.А.Русских, 326/.

Современники А.А.Миславского высоко ценили его. Казанский университет, воспитанником которого он был, в 1894 г. присвоил ему степень доктора медицины *honoris causa*, т.е. без защиты диссертации.

В газете "Врач" за 1896 г. № 5 помещен портрет А.А.Миславского (рис. 13).

Врачъ, 1896, № 5: Хроника и мелкія извѣстія.



Александръ Андреевичъ Миславскій, удостоенный Казанскимъ университетомъ степени доктора медицины почета ради.

176. По просьбѣ многихъ товарищей, помещаемъ портретъ глубокоуважаемаго А. А. Миславскаго, доказавшаго еще разъ, что можно многое дѣлать и въ т. наз. глуши.

Рис. 13. Портрет А.А.Миславского, помещенный в газете "Врач", за 1896 г.

Отмечая долголетнюю плодотворную научную деятельность А.А.Миславского, Казанский университет избрал его почетным членом Ученого совета университета.

Екатеринбургское уездное земство учредило стипендию им. Миславского в Казанском университете, причем выбор стипендиата представлялся самому Миславскому. Деятельность А.А.Миславского обратила на себя внимание многих учреждений. Он был действительным и почетным членом многих русских и зарубежных обществ. Таланту и трудам А.А.Миславского воздали должное научные общества Бельгии, Италии, Франции, Англии и Америки. Венский императорско-королевский геологический институт вручил ему диплом на звание члена-корреспондента 15 мая 1901 г. Дума г.Екатеринбурга единогласно избрала доктора Александра Андреевича Миславского в почетные граждане Екатеринбурга. Еще при жизни А.А.Миславского в честь его выдающейся хирургической и общественной деятельности на общественные средства, собранные по подписке, была построена первая на Урале глазная лечебница в г.Екатеринбурге, получившая имя А.А.Миславского.

"Лечебница основана 30 августа 1902 г. Уральским медицинским обществом в Екатеринбурге по случаю 50-летия медицинской деятельности А.А.Миславского на средства, пожертвованные разными лицами и учреждениями, по проекту инженера-технолога А.А.Шалобанова".

В честь А.А.Миславского было организовано 3 юбилея, посвященных его 25-летней, 35-летней и 50-летней врачебной деятельности. Особенно торжественно был отпразднован 50-летний юбилей А.А.Миславского. Этот юбилей получил большой отклик по России. В честь юбилея были изданы специальные сборники "Записок Ураль-

ского общества любителей естествознания" и "Записок Уральско-го медицинского общества" (рис. 14). Уральское медицинское общество преподнесло юбиляру адрес-барельеф работы Яковлева, художественно отлитый на Каслинском заводе (рис. 15). "Но как не был скромнен этот могучий труженик-лекарь Урала, как не бежал от всякой шумихи и саморекламы, — писал В. П. Чекин, — слава, настоящая, прочная, народная слава превратила в 1901 г. полувековой юбилей его благородной деятельности в настоящий триумф, в общее светлое торжество огромного, дикого, полного неисчерпаемых сил Уральско-Сибирского края. Сотни телеграмм, десятки восторженных адресов со всех концов мира показали Уралу, какой богатырь труда и знания посвятил ему свои силы, свою жизнь. В этой жизни не было ярких событий, героических подвигов — вся жизнь один сплошной подвиг, сплошное торжество человеческого упорства и знания над враждебными стихийными силами, сеющими страдания". /В. П. Чекин, 435/.

За свой труд А. А. Миславский был награжден многими наградами, но самой большой наградой он считал для себя любовь простого народа. А. А. Миславский был настоящим гуманистом. Именно высокие идеалы, высокие представления о добре привели его в ряды помощников революционного большевистского подполья.

В 1905 г. после черносотенного налета на демонстрантов А. А. Миславский организовал при больнице Верх-Исетского района курсы медсестер. Среди его учениц была и К. Т. Новгородцева-Свердлова. Больница Миславского многие годы была надежным местом, где находили приют и помощь уральские большевики.

В последние 5-6 лет А. А. Миславский сошел с общественной арены, но он не мог выносить покоя. Несмотря на свои преклонные

ЗАПИСКИ

составлено под Августейшим покровительством
Его Императорского Высочества Великого князя

МИХАИЛА НИКОЛАЕВИЧА

УРАЛЬСКОГО ОБЩЕСТВА

Любителей Естествознания.

Томъ XXII.

(с 1 портретомъ, 6 таблицъ, рисункомъ и 12 страницъ нотъ).

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ OURALIENNE

D'AMATEURS DES SCIENCES NATURELLES,

placée sous la très auguste protection

DE SON ALTESSE IMPÉRIALE MONSIEUR LE

GRAND-DUC

MICHEL NIKOLAEVITCH.

T. XXII.

Avec 1 portrait, 6 planches et 12 pages de musique.

ЦѢНА 2 РУБ.

ЕКАТЕРИНБУРГЪ.

Типографія В. Н. Анискина, П. Н. Галана и К^о.

1901 г.



Докторъ медицины.

Александръ Андреевичъ Миславскій.

Къ 50-лѣтнему юбилею 4 Юня 1901 г.

Посвящается

Александрѣ Андреевичу

МИСЛАВСКОМУ

Доктору Медицины, Президенту и Почетному Члену

УРАЛЬСКОГО ОБЩЕСТВА

Любителей Естествознания

въ г. Екатеринбургѣ,

по случаю 50-ти-лѣтняго юбилея его врачебной
дѣятельности 4-го Юня 1901 г.

DEDIÉ

à

ALEXANDRE-A. NIEFFAITCH MISLAWSKI, D. M.,

Président et Membre Honoraire

de la Société Ouralienne d'Amateurs des Sciences Naturelles

d'Ekatherinebourg,

à l'occasion du jubilé semi-séculaire de son activité médicale

le 4 (17) juin 1901.

ЕКАТЕРИНБУРГЪ.

Типографія В. Н. Анискина, П. Н. Галана и К^о.

1901.

ЗАПИСКИ

Уральскаго Медицинскаго Общества

въ г. Екатеринбургѣ.

VII годъ.

Посвящается почетному члену Общества доктору медицины

А. А. Миславскому.

MÉMOIRES

de la Société Ouralienne de Médecine

à Ekatherinebourg.

VII-e année.

Dédié au membre honoraire de la Société

A. A. Mislavsky, D. M.

ЕКАТЕРИНБУРГЪ.

Типографія В. Н. Анискина, П. Н. Галана и К^о.

1902 г.



Докторъ медицины.

Александръ Андреевичъ Миславскій.

Къ 50-лѣтнему юбилею 4 Юня 1901 г.

Рис. 14. Портрет А. А. Миславского и титульные листы юбилейных сборников "Записок УОМ" и "Записок Уральского медицинского общества".



Рис. 15.

Барельеф-адрес, преподнесенный А. А. Миславскому
Уральским медицинским обществом.

годы, он, казалось, не знал усталости. Его неизменно можно было видеть или в своей больнице, или посещавшим своих многочисленных пациентов в заводе и в городе. Закончив свои посещения больных, вечера он отдавал работе в ученых, просветительных и благотворительных учреждениях и обществах. В труде он находил источник бодрости и силы. 28/XI-1914 г. 86 лет А.А.Миславский умер. Многие тогдашние газеты в этот день вышли в траурной рамке, город прощался со своим любимцем.

После смерти А.А.Миславского состоялось заседание Уральского общества любителей естествознания, посвященное памяти доктора медицины А.А.Миславского. Было решено увековечить память А.А.Миславского: 1) Открыть в глазной лечебнице его имени особое отделение для больных трахомой. 2) Учредить приют и школу для слепых. 3) Установить бюст А.А.Миславского перед зданием глазной лечебницы. 4) Объявить конкурс на составление наилучшей биографии доктора Миславского, назначив за этот труд денежную премию.

Когда в Свердловске в 1927 г. собрался первый съезд врачей Урала, его участники стоя почтили память Александра Андреевича Миславского.

В декабре 1968 г. медицинская и широкая общественность Свердловска торжественно отметила 140-летие со дня рождения А.А.Миславского. По случаю этой даты Научное хирургическое общество и Верх-Исетский райисполком возбудили ходатайство о присвоении 2-й городской больницы Верх-Исетского района имени А.А.Миславского (рис. 16, 17). В публичной библиотеке им. В.Г.Белинского была открыта выставка, посвященная жизни и деятельности А.А.Миславского, которая затем была перенесена в Областной



РСФСР

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ВЕРХ-ИСЕТСКОГО РАЙОННОГО СОВЕТА ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ

г. СВЕРДЛОВСК

РЕШЕНИЕ

от 4 октября 1968 г.

№ 323

О присвоения 2-й Городской больницы имени
Александра Андреевича Миславского.

Исполком Верх-Исетского Райсовета депутатов трудящихся
отмечает, что Александр Андреевич Миславский является органи-
затором врачебного дела на Урале. Им впервые на Урале стали
проводиться операции по поводу глазных заболеваний, по его иници-
иативе на общественные средства была построена глазная клиника,
где в настоящее время находится стационар 2-й Городской больницы.
В 1901 г. он был избран почетным гражданином г. Екатеринбург-
га.

ИСПОЛКОМ РАЙСОВЕТА РЕШАЕТ:

Учитывая заслуги А.А. Миславского по развитию врачебного
дела на Урале и в Верх-Исетском районе, ходатайствовать о прис-
воении 2-й Городской больницы им. А.А. Миславского с установкой
мемориальной доски на здании больницы.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РАЙИСПОЛКОМА

/О.КАРПОВ/

СЕКРЕТАРЬ РАЙИСПОЛКОМА

/Л.ЛАХУНОВА/

ИЛ-1968 г. Пронз. объедин. «Политграфист», л. 236 т. 3000

Рис. 16.

Фотокопия решения Верх-Исетского Райисполкома
о присвоении 2-й Городской больницы имени
А.А. Миславского.

В ГОРОДСКОЙ СОВЕТ ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ.

В декабре месяце 1938 года исполняется 140 лет со дня рождения выдающегося врача и общественного деятеля Урала, доктора медицины, почётного президента Уральского общества любителей естествознания, почётного члена Уральского медицинского общества, почётного члена Екатеринбургского общества Красного Креста, члена-корреспондента Императорско-Королевского геологического института в Вене, почётного гражданина г. Екатеринбурга, родоначальника выдающейся династии врачей - Александра Андреевича Миславского.

Свыше 50 лет своей кипучей жизни он отдал любимой медицине. Александр Андреевич прославился как искусный хирург и окулист.

Свыше 10 тыс. только серьёзных зарегистрированных операций, 4 тыс. успешно снятых катаракт, 300000 принятых больных, больше 1 миллиона визитов - вот итог его деятельности. Александр Андреевич - пионер асептики и антисептики на Урале, автор первой операции века на Урале (третьей в России). Искусствения в медицинском обществе характеризуют его как выдающегося врача. Например, он сообщил о случае эхиноккока головного мозга (3-е наблюдение в мире).

Жизнь Александра Андреевича Миславского от первых самостоятельных шагов в медицине до последних дней была благородным служением людям. Он жил в Екатеринбурге, в доме, который до сих пор старожилы восточной стороны так и называют "Дом Миславского". Сюда приходили рабочие, крестьяне из города и окрестных сёл, приходили твердо зная, что получат помощь.

Александр Андреевич совершил полувековой врачебный подвиг. Казанский университет, питомцем которого он был, возвел его в степень доктора медицины без защиты диссертации и избрал почётным членом Ученого Совета, в знак его особых заслуг на поприще науки и оперативного искусства.

Большая загруженность не мешала ему быть крупным общественным деятелем своего времени: он был учредителем и президентом ЮМБ, принимал участие в создании Уральского медицинского общества и в издании 23 томов "Записок Уральского медицинского общества", был председателем выставочного комитета на научной промышленной "Западно-Сибирской выставке".

А.А.Миславский был настоящим гуманистом. Именно высокие идеалы, высокие представления о добре привели его в ряды помощников революционного большевистского подполья.

В 1905 году после черносотенного налёта на демонстрантов Миславский организовал при Верх-Исетской больнице курсы медсестёр, среди его учениц была и К.Т.Новгородцева-Свердлова.

Больница Миславского многие годы была налётами местом, где находили приют и помощь уральские больные.

В 1901 году Уральское медицинское общество устроило "благотворительное общество чествование Всероссийского характера юбилей 50-летней врачебной деятельности своего почётного члена доктора А.А.Миславского."

В честь юбилея была учреждена стипендия его имени при Казанском университете, две стипендии при Юровском детском приюте, начато строительство главной лечебницы им. А.А.Миславского.

В 1903 году главная лечебница имени доктора медицины А.А.Миславского была торжественно открыта.

Сам Миславский говорил: "..... Теперь я спокойно смотрю на прошлое и радуюсь, что лучшие мои судьи я все солидарные с ними, создав нетленный памятник, признали, что я не помянул чести сословия, в которое вступил подвигу тому назад....."

В 1950 году была ликвидирована главная лечебница, а вместе с ней и заодно имя Александра Андреевича Миславского.

В заседании научного хирургического общества г. Свердловска и области 10 апреля 1950 года был заслушан доклад врача Соркина В.В. "140 лет со дня рождения А.А.Миславского."

Отмечая выдающиеся заслуги А.А.Миславского в деле становления здравоохранения на Урале и в развитии отечественной медицины, в создании Уральского общества любителей естествознания и Уральского медицинского общества, на участие в большевистском подполье - научное общество хирургическое общество г.Свердловска и области постановило:

Просить городской Совет депутатов трудящихся увековечить имя выдающегося врача и общественного деятеля Урала - Александра Андреевича Миславского:

1. Восстановить на больнице № 2 Верх-Исетского района имени доктора медицины А.А.Миславского.
2. Назвать одну из улиц г. Свердловска - улицей имени доктора медицины А.А.Миславского.

3. Установить мемориальные доски на зданиях, связанных с жизнью и деятельностью А.А.Миславского.
4. Установить бюст на могиле А.А.Миславского - (краеведчески музей в асфальтовой горе).
5. Средне-Уральскому книжному издательству, выпустить книгу о А.А.Миславском.

Председатель научного хирургического общества г. Свердловска и области - член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор -

/А.Т.Лавров/

Рис. 17. Фотокопия письма Научного хирургического общества г.Свердловска и Свердловской области в Городской Совет депутатов трудящихся об увековечении памяти А.А.Миславского.

краеведческий музей, где и состоялись 4/1-1969 г. торжества по случаю 140-летия со дня рождения выдающегося врача и общественного деятеля Урала А.А.Миславского. К этой дате приурочен был и выпуск памятной медали (рис.18).



Рис. 18. Памятная бронзовая медаль, посвященная А.А.Миславскому.

П.В.Рудановский (1829-1888 гг.)/рис.19/.

Петр Васильевич Рудановский родился в Казани в 1829 г. В 1854 г. с серебряной медалью окончил медицинский факультет Казанского университета. Будучи стипендиатом Уральского горного ведомства, он обязан был работать на заводах этого ведомства. Всю свою жизнь он прослужил на Н-Татильских заводах. Здесь развернулись его многогранные способности как в практической, так и в научной деятельности. П.В.Рудановский был прекрасным врачом:



Рис. 19. Доктор медицины П. В. Рудановский.

терапевтом, невропатологом, окулистом, хирургом. Слава о нем, как о выдающемся специалисте распространилась далеко за пределы Пермской губернии. Он обладал педагогическим талантом и совместно с П.В. Кузнецким открыл фельдшерскую школу.

П.В. Рудановский в своей практической деятельности постоянно имел дело с травмами и как настоящий ученый он всегда стремился к научному обобщению своих наблюдений. Известный интерес представляет его работа "Заметки об эпидемии травматических повреждений" (1873 г.).

В этой статье Рудановский обращает внимание на то, что причины травматических повреждений на производстве очень сложны, что среди них большую роль играет состояние рабочего, его нервной системы. Рудановский совершенно правильно отмечает, что наряду с отсутствием техники безопасности на уровень травматизма оказывают влияние такие факты, как низкая культура рабочих, длительная работа, недостаточность питания, болезненное состояние, спиртные напитки, угнетенное состояние духа рабочих и др. Это, несомненно, были прогрессивные для своего времени выводы. Однако Рудановский не смог подняться до более глубоких социальных обобщений.

Скромный врач заводской больницы в Нижнем Тагиле Петр Васильевич Рудановский получил широкую известность своими работами по изучению анатомии и гистологии нервной системы. По его методу хирурги во многих странах еще в прошлом столетии стали определять характер опухолей путем мгновенного замораживания кусочка ткани и рассматривания окрашенного среза под микроскопом.

Казанский университет присвоил П.В. Рудановскому ученую сте-

пень доктора медицинских наук без защиты диссертации.

Выполненный им атлас строения нервной системы и труд с описанием метода определения опухолей был издан во Франции. Парижская Академия наук избрала тагильского врача академиком.

Наукой П. В. Рудановский занимался до последних дней своей жизни.

Н. А. Русских писал: "...40 лет тому назад два обаятельных имени гремели на Урале, это доктора Рудановского в Н-Тагиле и доктора Миславского в Верх-Исетске. К ним стекались толпы страждущих не только из окружающей местности, но из далекой Сибири. Нужно было видеть амбулаторию их больниц во время приема. Пестрая разнородная масса народа ожидала своей очереди, чтобы добиться осмотра и получить совет. Подобно тому, как паломники густой толпой стекаются с разных сторон к какой-нибудь святыне и терпеливо ожидают "чуда", так и тут скопление было постоянное. Вера в их искусство врачевать всякие болезни была бесконечна..." /Н. А. Русских, 326/. Умер П. В. Рудановский 29/I-1888 г., на 57 году жизни. С большой скорбью встретило население Н-Тагила и все передовые люди Пермской губернии эту утрату.

П. В. Кузнецкий (1844-1912 гг.). Жизнь и деятельность Петра Васильевича Кузнецкого отличалась серьезной вдумчивостью, граничащей часто с философским настроением мысли, беспощадным анализом фактов, редкой самообытностью, а потому она полна живого интереса и глубоко поучительна.

"Можно с уверенностью сказать, что таких людей-гигантов земской медицины, земской хирургии, каким был Петр Васильевич, было и есть весьма немного" /проф. А. А. Опокин, 262/.

"П.В. Кузнецкий был блестящий представитель земской медицины и Великий труженик на родной ниве, на Урале и востоке России, наряду с А.А. Миславским он был пионером научной культуры и первым Великим земским врачом"/проф.В.И.Разумовский,310/.

"Фигура П.В. Кузнецкого так крупна, что я не могу обойти ее молчанием" /проф.В.А.Оппель,261/.

Петр Васильевич Кузнецкий родился в 1844 г. в г. Вольске Саратовской губернии (рис.20).



Рис.20. Доктор медицины П.В. Кузнецкий.

В 1865 г. после окончания гимназии поступил в Казанский университет, вначале на юридический, а затем через 2 семестра — на медицинский факультет, который успешно и окончил в 1871 г. В этом же году Петр Васильевич был приглашен на службу земским врачом в глухую местность Урала, в Н-Тагил, где и прослужил около 40 лет.

Первые шаги врачебной деятельности Петра Васильевича начались в Н-Тагильском заводском госпитале, который возглавлял П.В.Рудановский. Совместная работа с П.В.Рудановским, человеком гуманным, широко образованным и талантливым, была жизненной школой для П.В.Кузнецкого. Молодые хирургические силы его здесь нашли благоприятные условия для своего развития.

С 1876 г. он начинает свою знаменитую серию овариотомий (раньше, чем в университетских городах), которая делает его имя известным не только в России, но и в Западной Европе. В начале 80-х годов в Казани, в Александровской больнице, где он когда-то учился, он показал редкую еще в то время радикальную операцию грыжи. Для многих присутствовавших на этой операции была новинкой та быстрота, с которой он извлек грыжевой мешок.

Как смелый, вдумчивый, серьезный оператор он скоро обратил на себя внимание врачей. Тагильская земская больница стала в своем роде клинической базой, куда ехали поучиться врачи, студенты мед.институтов, а также профессора и деятели больших больниц. Быстро растет его врачебный опыт и начинает греметь слава о нем. Урал, Приуралье и далекая Сибирь едут к нему за советом и помощью.

За 25 лет в земской больнице им произведено большое количество операций, потребовавших общего наркоза, до 4000 (из них около 1000

чревосечений), малых операций - около 172000. В амбулатории больницы принято около 345000 больных, произведено около 800000 посещений.

Как хирургу Петру Васильевичу принадлежит ряд крупных операций и самобытных оперативных приемов. К высокой чести его, как хирурга надо отнести его желание стоять на высоте современных интересов хирургии и не слепо воспринимать предлагаемое, а лишь после многосторонней оценки.

Как важное явление надо отметить, что Петр Васильевич первым из всех хирургов мира стал пользоваться спиртом как антисептическим средством, вначале он применял исключительно камфорный спирт.

В 1876 г. Петр Васильевич об этом писал: "...Камфорный спирт я употребляю потому, что на основании опытов, произведенных мною над гниением белковых веществ, он имеет преимущества перед другими антисептическими веществами, он скорее умерщвляет причину гнилостного разложения (низшие организмы), кроме того, по своей летучести он делает безвредным окружающий рану воздух и при непосредственном соприкосновении с поверхностью раны несколько не раздражает ее, как карболовая кислота, а даже способствует задержанию гниения, заживлению раны первым натяжением, хотя вызывает в первое время при перевязке сильное ощущение жжения..." /П. В. Кузнецкий, 162/.

Как на особенность технических приемов надо указать на тот факт, что Петр Васильевич избегал перевязки сосудов, пользовался скручиванием сосудов, причем перекручивал даже бедренную артерию при ампутациях бедра.

Как известно, овариотомия сыграла немаловажную роль в разви-

тии хирургического лечения опухолей в России. Имя П. В. Кузнецкого красуется в числе первых русских овариотомистов. Применение предварительных впрыскиваний стрихнина перед операциями с хлороформом шло с большим успехом в Н-Тагильской больнице. Петр Васильевич часто пленял врачей задором хирургической мысли и во время операции делаясь нередко оператором-творцом. Владея хорошо ножом, он обладал редким даром демонстративно оперировать. В этом сказался в нем хирург-педагог. Кроме врачебной деятельности, Петр Васильевич широко занимался общественной работой.

Так, во время русско-японской войны Петр Васильевич был избран председателем Н-Тагильского местного комитета общества Красного Креста, и по его инициативе был организован местный лазарет Красного Креста под его непосредственным заведыванием.

Высокие заслуги перед наукой и человечеством были оценены Казанским университетом, Совет которого в феврале 1899 г. единогласно постановил признать П. В. Кузнецкого доктором медицины без защиты диссертации. Русские врачебные общества, принимая во внимание плодотворную деятельность его не раз избирали П. В. Кузнецкого в свои почетные члены.

В 1896 г. Уральское медицинское общество избрало его своим почетным членом. В мае 1911 г. он был избран почетным членом русского хирургического общества им. Н. И. Пирогова. В ноябре 1911 года он был избран почетным членом Саратовского физико-медицинского общества. В 1896 г. газета "Врач" в № 50 поместила портрет Петра Васильевича Кузнецкого (рис. 21), материал же о нем был помещен в 48 номере этой газеты, где, в частности, отмечалось, что в связи с 25-летним юбилеем деятельности П. В. Кузнецкого призна-

Хроника и мелкія извѣстія

Врачъ, 1896, № 50



Петръ Васильевичъ Кузнецкій

Рис. 21. Портрет П. В. Кузнецкого, помещенный в газете "Врач" за 1896 г.

тельные тагильцы собрали по подписке 1800 руб. на стипендию его имени при Казанском университете.

Русские врачебные съезды почтили его избранием в товарищи председателя, так он был им на I-м Всероссийском гинекологическом съезде и 5-м съезде российских хирургов.

Достойным преемником П. В. Кузнецкого был его сын - Д. П. Кузнецкий, в будущем профессор хирургии и урологии в Свердловске, Перми, Горьком.

После смерти П. В. Кузнецкого память его почтена торжественным заседанием Уральского медицинского общества, ему посвящена одна из книг "Хирургии" П. И. Дьяконова (рис. 22).



Рис. 22. Титульный лист "Хирургии" П. И. Дьяконова, посвященный памяти П. В. Кузнецкого.

Как правильно отмечал проф. В. И. Разумовский (ЗЮ), "Опыт показывает, что талантливые люди и вдали от университетов иногда по научно-хирургической деятельности могут стать выше лиц с академическим стажем. Эти таланты не должны пропадать для университетов, если бы в свое время Миславский (отец), Кузнецкий (отец) были привлечены к университетской или академической деятельности, например на кафедры госпитальной хирургии, то, конечно, они развернулись бы еще шире, создали бы школы и т.д...."

В.М. Онуфриев. Проф. Разумовский писал в своих воспоминаниях "О хирургии на востоке России во 2-ю половину XIX века": "...Из гинекологов особенно нужно выделить работавшего в Екатеринбурге В.М. Онуфриева, который уже в XIX веке создал себе крупное имя и широкую известность далеко за пределами Пермской губернии" (ЗЮ).

В.Т. Селезнева в своей докторской диссертации "Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале" писала: "Большой известностью на Урале пользовался акушер-гинеколог В.М. Онуфриев, с 1881 по 1908 гг. он провел в Екатеринбургском родильном доме 1000 чрезбрюшинных чревосечений и 239 влагалищных чревосечений. По показателям работы Екатеринбургский родильный дом был одним из лучших в России" (360).

Согласно § 7 Устава Екатеринбургского роддома значится, что "должность врача, заведующего роддомом, должна быть замещена лицом, имеющим степень доктора медицины и специальные теоретические и практические знания по гинекологии". Всеми этими данными и обладал Василий Михайлович Онуфриев. Он родился в Ростове на Дону 19 апреля 1848 г. 23 декабря 1872 г. он окончил курс в императорском Московском университете со степенью лекаря и

утвержден в звании уездного врача. 28 октября 1878 г. после испытаний в медицинском факультете того же университета утвержден в звании акушера, а 28 апреля 1879 г. после испытаний и публичной защиты диссертации утвержден в степени доктора медицины. 4 мая 1879 г., по постановлению Екатеринбургской уездной земской управы, определен на должность земского врача для бедных города Екатеринбурга и врача-хирурга Екатеринбургского родильного дома, а с 28 октября 1880 г. стал заведующим Екатеринбургского родильного дома, в 1901 г. принят в число приват-доцентов Московского университета по кафедре акушерства и женских болезней для преподавания необязательного курса учения о женских болезнях.

32 года жизни В.М. Онуфриева неразрывно связаны с Екатеринбургским родильным домом, впоследствии превращенном в акушерско-гинекологический институт.

Он пробудил жизнь в молодом родильном доме. Шаг за шагом, упорным трудом, проникнутый верой в свое дело, подводит он прочный фундамент в это учреждение. Он пробуждает общественное сознание важностью рациональной акушерской помощи, старается вырвать родовспоможение из рук знахарства и невежественных бабок, организует гинекологическое отделение и уже с 1879 г. открывает при родильном доме преподавание полного курса повивального искусства. С 1903 г. читает ряд популярных лекций, организует в стенах института самаритские курсы. Еще в те далекие времена, когда вопросы антисептики не являлись твердо разработанными, а вопросы асептики были совершенно новыми, В.М. Онуфриев много положил труда в научной разработке и практическом проведении в жизнь этих методов, имевших целью предохранение

ран от заражения. Достаточно упомянуть о таких работах В.М. Онуфриева: - "О результатах изъятия из употребления в Екатеринбургском роддоме карболовой кислоты, сулеми и подоформа и замены их спиртом и ксероформом", "О применении йодной настойки на брюшную стенку перед абдоминальным чревосечением". Благодаря этой работе, доктору медицины В.М. Онуфриеву удалось понизить смертность от чревосечения с 22% первой полусотни операций до 3-5% второй полусотни, а смертность от заражения с 12% свести почти до 0.

Из стен института вышли первые в то время еще совершенно новые наблюдения над внематочной беременностью, два первых случая которых в 1890 г. были доложены Онуфриевым на I-м очередном заседании Уральского медицинского общества.

При В.М. Онуфриеве впервые стали применяться микроскопия, патолого-анатомические вскрытия. Он положил начало патолого-анатомическому музею при институте. Во время заведывания В.М. Онуфриева из родильного дома вышли 2 работы доктора Федорова, 3 работы доктора Суторихина и 12 работ доктора Котелянского. Самому В.М. Онуфриеву принадлежит около 20 печатных трудов. Среди них наибольшую значимость имеют следующие:

1). Медицинский отчет Екатеринбургского родильного дома, с I/IV-1877 по I/IX-1887 гг.

2). Метод ухода за раной.

3). 1000 абдоминальных чревосечений и ряд других.

Родильный дом в то время являлся, несомненно, центром научной мысли. Это подтверждается теми многочисленными докладами, которые выходили из его стен и заслушивались на заседаниях Уральского медицинского общества. Среди этих работ были и посвящен-

ные онкологии (напечатанные в журнале "Записки Уральского медицинского общества"): "Полная влагалищная экстирпация матки с наложением вместо швов зажимов Дюсэна", "Пересадка в мочевой пузырь пораженного во время абдоминальной экстирпации раковой матки мочеточника" и ряд других. В.М. Онуфриев был врачом прогрессивных взглядов: во время революции 1905 г. он принимал активное участие в организации медицинского обслуживания восставших /В.Т. Селезнева, 360/.

После Великого Октября В.М. Онуфриев остается на посту заведующего Екатеринбургским повивальным институтом (1922-1923 гг.), а в дальнейшем заведует медицинской частью государственного акушерско-гинекологического института в Екатеринбурге (1923-1924 гг.), который был базой медицинского факультета Уральского университета в течение 4-х лет.

В 1922 г. медицинская общественность широко отметила 50-летний юбилей врачебной деятельности В.М. Онуфриева. Этой дате был посвящен материал в журнале "Уральское медицинское обозрение" №-1 за 1922 год.

В 1927 г. I-й съезд хирургов, гинекологов, офтальмологов и оториноларингологов Урала стоя приветствовал одного из ветеранов здравоохранения на Урале - В.М. Онуфриева.

Новиков А.М. Алексей Митрофанович Новиков - доктор медицинских наук и кандидат физико-математических наук (рис. 23). Он родился в г. Туле в 1865 г. В 1889 г. окончил математический факультет Московского университета со званием кандидата чистой математики, в 1896 г. окончил медицинский факультет Московского университета и поступил на службу Спасского земства Рязанской губернии участковым врачом, в 1898 г. перешел на службу Саран-



Рис. 23. Доктор медицины, кандидат физико-математических наук А. М. Новиков.

ского земства больничным врачом, в 1900 г. работал в с. Ромоданове Пензенской губернии земским врачом. Здесь родилась дочь - Людмила Алексеевна - будущий видный деятель отечественной онкогинекологии, член-корреспондент АМН СССР. В 1901 г. А.М.Новиков оставил службу в земстве и уехал в Петроград в институт проф.Отта для слушания лекций и практических занятий по акушерству и гинекологии. В 1902 г. уехал за границу, где слушал лекции проф. в Берлине, Париже, Дрездене.

Затем с осени 1902 г. по 1908 г. работал старшим ассистентом гинекологической клиники Московского университета.

В 1903 г. получил звание доктора медицины после защиты диссертации на тему "Критический очерк современных теорий менструаций".

С 1904 по 1909 гг. состоял приват-доцентом Московского университета по кафедре акушерства и женских болезней.

В 1909 г. поступил старшим врачом Екатеринбургского родильного дома и директором повивального института (акушерской школы).

В 1912 и 1913 гг. вновь был в заграничной научной командировке, посещал клиники и знакомился с постановкой лечения и преподавания в Берлине, Париже, Мюнхене, Фрейбурге и Вене.

В 1918 г. избран приват-доцентом Пермского университета по кафедре физиологии, но к чтению лекций не приступал.

С 1920 г. - профессор Уральского университета и директор акушерско-гинекологической клиники.

Человек большой энергии, широко образованный ученый и великолепный клиницист, он был прекрасным хирургом. Научная деятельность роддома, который он возглавил в 1909 г. и руководил им до 1924 г., особенно расцвела. В роддоме проводился широкий диа-

пазон хирургических вмешательств со строжайшим соблюдением асептики и антисептики, методов обезболивания. В прессе появляется ряд практических работ А.М.Новикова и теоретических разработок. Достаточно упомянуть о таких, как "Где искать опорных пунктов для диагностики опухолей брюшной полости" ("Врачебная газета" №6, 1904 г.), "О консервативном направлении терапии в хирургии, гинекологии и акушерстве", 1911 г., "Случай надлонного внебрюшинного кесарского сечения при узком тазе", 1911 г., "К этиологии болей внизу живота", 1911 г., "К вопросу о диагностике и лечении рака слепой кишки, резекция кишки, выздоровление", "К вопросу об этиологии нагноений брюшной стенки после чревосечений", 1915 г., "Гипернефрома и беременность", "Новый способ удаления женских половых органов при раке", "К учению о прививочном рецидиве злокачественных опухолей" и др. В 1912 г. им впервые на Урале применены радий для лечения рака матки, что было описано в приложении к медицинскому отчету Екатеринбургского роддома за 1912 г. ("Лечение рака матки радием"), а в 1913 г. - рентгенотерапия.

Сотрудник А.М.Новикова доктор К.Н.Калмыков обобщил опыт применения рентгеновских лучей в работе "Об изменениях тканей под влиянием рентгеновских лучей", 1915 г.

В.Г.Перетц в статье "Медицинский обзор 50-летней деятельности Свердловского акушерско-гинекологического института" писал: "Доктор Петров пробудил к жизни родильный дом, доктор мед. наук В.М.Онуфриев пробудил жизнь в молодом родильном доме. Третьим китом были проф.А.М.Новиков - ученый, старый клиницист, человек, полный неисчерпаемой энергии, в течение 14 лет неразрывно спаявшийся всей силой своего пытливого мозга и души с

бесконечно дорогим для него учреждением. Алексей Митрофанович вдохнул в жизнь роддома зрелость и этим подвел последнее звено под тот фундамент, на котором акушерско-гинекологический институт неуклонно будет двигаться по пути дальнейшего расцвета" /В.Г.Перетц, 272/. Умер А.М.Новиков в г.Ташкенте в мае 1927 г. от рака пищевода.

А.А.Абраханов (1867-1931 гг.). Александр Алексеевич Абраханов родился 22/II-1867 г. (рис. 24).



Рис. 24. Доктор медицины А.А.Абраханов.

После окончания в 1891 г. медицинского факультета Варшавского университета начал работать в Марининской больнице в С-Петербурге у Трахтенберга по хирургии. Но не только медициной ин-

тересовался доктор Абраханов. Еще будучи на студенческой скамье, он принимает участие в революционном движении, в марксистских кружках. В С-Петербурге он продолжает эту работу. В июне 1893 г. молодой врач был привлечен к дознанию по делу о пропаганде среди рабочих социалистических идей. При обыске у него были найдены социал-демократическая литература и рукописные заметки революционного содержания. Абраханов был арестован и выслан за революционную деятельность на Урал под надзор полиции. Так он оказался в Юрзани. Здесь Александр Алексеевич был первым врачом, специалистом-хирургом. На Юрзанском железоделательном заводе он в течение 6 лет в примитивных условиях, с помощью одних фельдшеров развивает огромную хирургическую работу, проделывая самые сложные операции.

И потянулись напряженные трудовые дни и ночи, зачастую без отдыха, потому что не только на Юрзани, но и на всю округу, включившую соседние заводы и добрый десяток деревень и сел, был Абраханов единственным врачом. Молодой врач выписывал много медицинских журналов и старался все новинки применять в своей врачебной практике. А затем он стал итоги своих опытов описывать.

В первые же годы, вдали от научных центров Александр Алексеевич пишет свои первые научные труды и посылает их в "Летопись русской хирургии", "Русский хирургический архив", "Журнал акушерства и женских болезней". Первая научная работа была написана в 1893 г. на тему: "К вопросу об излечении гнойного плеврита оперативным путем" и напечатана в "Русской медицине" за 1894 год. Потом богатая врачебная практика заставила молодого хирурга все чаще братья за перо. В 1896-1899 годах меди-

цинские журналы столицы публикуют одну за другой все новые и новые статьи Абраханова. И под заголовком каждой статьи Александр Алексеевич неизменно ставит подзаголовок: "Из Крюзанской заводской больницы".

Об Абраханове заговорили в медицинских кругах, он стал пользоваться у коллег большим уважением. Коллеги избрали его председателем Уфимского губернского научного медицинского общества. В 1897 г. он избирается в число членов Уральского медицинского общества в Екатеринбурге и принимает довольно активное участие в работе этого общества, о чем свидетельствуют многочисленные его доклады. Так, 9/XII-1897 г. в заседании Уральского медицинского общества он сделал доклад: "К вопросу о замещении черепных дефектов по Müller-König'у", II/X-1898 г. - "Яичковидное образование, симулирующее паховую грыжу", 7/IV-1899 г. - "К вопросу о трепанации черепа при эссенциальной эпилепсии".

Из Крюзани он ездит с докладами на Пироговские традиционные съезды и съезды Российских хирургов. На VII съезде Общества русских врачей в память великого хирурга Н.И. Пирогова, который состоялся в июне 1899 г. в Казани, он прочитал доклад "Четыре наблюдения над закрытием трепанационных отверстий в черепе". Этот доклад был выпущен потом в свет отдельной книгой. 17/VIII-1900 г. в заседании Уральского медицинского общества, а затем на XI Российском съезде хирургов А.А. Абраханов сделал доклад: "Пластический способ закрытия лёгочно-плеврального свища пересадкой мышцы или иной ткани на ножке". В 1899 г. Александр Алексеевич переходит работать в Златоустовскую земскую больницу заведующим хирургическим отделением. Здесь, в условиях про-

винциальной обстановки, совершенно самостоятельно Александр Алексеевич произвел научную экспериментальную работу на животных на тему: "Пересадка и пломбировка костей". Эту работу он представил в императорскую Военно-медицинскую Академию в качестве диссертационной на степень доктора медицины. Диссертация называлась "Пересадка и пломбировка костей (экспериментальное, клиническое и микроскопическое исследование)". Оппонентами диссертанта по поручению конференции медиков были назначены профессора Вельяминов, Турнер и частный преподаватель Петров. Официальные оппоненты дали высокую оценку труду Абраханова. Его диссертация - это объемистая книга, состоящая из 4-х частей. Вся четвертая часть целиком посвящена наблюдениям, сделанным во время больничной практики в Юрюзани и Златоусте. Эта диссертация, в которой хирург описывает, каким путем он ставил на ноги больных и возвращал здоровье рабочим и их детям, читается как захватывающий роман.

За 9 лет работы в качестве заводского и земского врача Александр Алексеевич написал 18 научных работ, из них некоторые получили общее признание и цитируются как в советских, так и в иностранных учебниках хирургии. Классической оказалась работа "Костнопластический способ чрезмышечковой операции бедра", напечатанная в "Летописях русской хирургии" в 1897 г.

В земской больнице Златоуста Абраханов проработал недолго. Ученая степень доктора медицины, которую он получил в 1900 г. в результате успешной защиты диссертации, открыла перед ним двери медицинских институтов. Абраханов получил приглашение в 1901 г. в Киев и стал работать в госпитальной хирургической клинике у проф. Борнгаунта, а в 1902 г. удостоен звания приват-

доцента в Киевском университете. В 1905 г. занимает место заведующего хирургическим отделением губернской земской больницы в Полтаве, где работает до 1913 г., оттуда переходит на место заведующего хирургической лечебницей Красного Креста. В это же время Александр Алексеевич был избран приват-доцентом университета в Харькове и читал лекции студентам 3-го курса по разделу "Хирургические методы исследования".

Уже после революции признанный хирург с огромным практическим опытом стал работать после избрания в 1922 г. на кафедре факультетской хирургии Днепропетровского медицинского института, с которым связан последний период его жизни. Более 60 научных работ опубликовал Александр Алексеевич Абраханов. Нет ни одной области хирургии, где бы Александр Алексеевич не сказал бы своего авторитетного слова, не внес бы своего творческого "я". Все работы оригинальны по содержанию и имеют огромное научно-практическое значение. Работы Александра Алексеевича показывают, что он обладал оригинальным творческим умом.

Ведя огромную научно-педагогическую работу, Александр Алексеевич находит время для общественной работы. Он председатель Уфимского и Полтавского научного общества врачей, почетный член общества врачей в Полтаве, председатель научного медицинского общества в Днепропетровске, председатель Днепропетровского хирургического общества, депутат Городского Совета, где работает в секции здравоохранения, соредактор Днепропетровского медицинского журнала. В 1927 г. всеми общественными организациями Днепропетровска было торжественно отпраздновано 35-летие врачебно-научной и общественно-педагогической деятельности проф. А. А. Абраханова. Редакция Днепропетровского медицинского

журнала посвятила этому юбилею два сборника (рис. 25).

Год издания 6-й.

ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ
(б. ЕКАТЕРИНОСЛАВСКИЙ)
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Днепропетровского Государственного Медицинского Института
имени т. Раковского,

== ПОСВЯЩЕННЫЙ ВОПРОСАМ НАУЧНОЙ, ПРАКТИЧЕСКОЙ, ==
ОБЩЕСТВЕННО-САНИТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ и ВРАЧЕБНОГО БЫТА,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Проф. А. А. Абражанова || Проф. С. М. Компанейца
Проф. Я. О. Гальперна || Д-ра А. А. Лавредского

Ответственный редактор — ректор Мединститута
д-р А. А. ЛАВРЕЦКИЙ.

Посвящается профессору АЛЕКСАНДРУ АЛЕКСЕЕВИЧУ АБРАЖАНОВУ
к 35-летию его врачебно-научной и общественной деятельности

ДНЕПРОПЕТРОВСК
Выдаётся № 3183 от 13 V-27 г. Тип. экз. 25-лет. ВКП Политеграфтреста. Зал. 3538 — 558.
1927



ПРОФЕССОР
АЛЕКСАНДР АЛЕКСЕЕВИЧ АБРАЖАНОВ.

Рис. 25. Титульный лист Днепропетровского медицинского
журнала, посвященного проф. А. А. Абражанову.

Александр Алексеевич прошел большую трудовую школу завод-
ского и земского врача, и до последних дней своих он отдавал се-
бя целиком делу преподавания, подготовки кадров и служению на-
уке и больному человечеству. Рано утром и поздно вечером можно
было видеть Александра Алексеевича в любимой хирургической кли-
нике. До последней минуты он не оставил ни преподавательской,
ни хирургической работы и умер на боевом посту. За операционным
столом со скальпелем в руке: 17/IV-1931 г. он производил ответот-

венную операцию - нефрэктомия у очень тяжелого больного с 2-х сторонней почечно-каменной болезнью, давал объяснения о ходе операции присутствующим врачам и студентам, внезапно наступила смерть от паралича сердца. Она застала его накануне 40-летия его врачебной, общественной и научной работы. Дело, которому посвятил всю свою жизнь А.А.Абраханов, продолжают его ученики, многие из них стали крупными деятелями отечественной медицины.

Г Л А В А Ш

РАЗВИТИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

а) У истоков организованной борьбы с онкозаболеваниями на Среднем Урале

В январе 1918 г. в Екатеринбурге был создан Уральский областной Исполнительный Комитет рабочих, солдатских и крестьянских депутатов, который должен был осуществлять руководство Пермской, Вятской, Оренбургской и Уфимской губерниями.

В числе отделов Облисполкома 1 марта 1918 г. был образован и Комиссариат здравоохранения /В.Т.Селезнева, 360/.

Советская власть с самого начала существования сделала улучшение здравоохранения одной из главных своих забот. 15 мая 1918 г. в Екатеринбурге собрался первый Уральский областной съезд по здравоохранению. Главным вопросом был организационный. В повестке дня, кроме того, стояли такие вопросы, как борьба с алкоголизмом, сифилисом, туберкулезом и проституцией, целебные источники и санатории, сбор и культура лекарственных растений, аптечное дело, кумысолечебницы, школьная гигиена, эпидемиологические заболевания, зубоврачебная помощь /В.Т.Селезнева, 364/.

Но всем планам, намеченным здесь, сразу осуществиться было не суждено, началась гражданская война.

Один из ветеранов железнодорожной медицины А.П.Шушаков в своих воспоминаниях пишет: "Я оказался администратором в трудный момент жизни дороги и страны. Спокойная, созидательная и

захватывающая меня работа на дороге продолжалась не долго - с января по май 1918 г. Мы успели составить план строительства новых и реконструкции и ремонта старых больниц и поликлиник (приемных покоев) дороги, успели заложить фундамент большого терапевтического корпуса Пермской железнодорожной больницы, архитектор дороги т. Свиридов составил превосходный план строительства новой больницы на ст. Егоршино. Я принимал участие в национализации Богословской железной дороги от Гороблагодатской до Богословска.

По поручению нач. дороги А. И. Емшанова были составлены планы и чертежи новых больниц дороги на ст. Вознесенская (Верещагино), Егоршино и расширения Екатеринбургской (Свердловской) железнодорожной больницы. Врачами дороги поднимался вопрос об организации на реке Каме около Перми и на озере Шарташ домов отдыха санаторного типа для рабочих-железнодорожников Пермской дороги.

Эти прекрасные проекты были бы реализованы через 2-3 года, если бы не пламя гражданской войны, в котором "сгорели" все эти светлые мечты^{х)}.

Зато после гражданской войны здравоохранение в городе начало подниматься быстро, хотя трудности были неимоверные. Несмотря на последствия, связанные с интервенцией и хозяйственной разрухой, в стране рождалось новое здравоохранение. Быстро увеличивалась коечная сеть специализированных учреждений. Появился ряд новых медицинских вузов, научно-исследовательских институтов, строились новые, реконструировались и расширялись старые больницы. Все это позволило постепенно организовать, а

х) А. П. Пушаков. "В суровые годы" (воспоминания железнодорожного врача) стр. 35-36. "Вопросы клинической хирургии", 1967.

затем и выделить специализированную хирургическую помощь: травматолого-ортопедическую, нейрохирургическую, урологическую, онкологическую, детскую хирургию и т.д./Б.Петров и И.Григорьевский, 291/.

О работе научно-исследовательских институтов Урала в 30-х годах написано в статье В.Т.Селезневой (363).

И вот на обширном пустыре усадьбы старой Верх-Исетской больницы, где в дореволюционное время небезопасно было ходить, вырос целый клинический городок. Первое звено его, хирургическая больница, распахнула свои двери еще в конце 1929 г. Вскоре рядом со старым корпусом Верх-Исетской больницы возникли мощные медицинские учреждения: физиотерапевтический институт, институт гигиены труда и профпатологии, институт охраны материнства и младенчества, несколько позднее - медицинский институт.

Большое значение в истории здравоохранения Урала сыграл I-й съезд врачей-хирургов, который состоялся в 1927 году /Ю.Э.Соркин, 372/. Программными вопросами, обсуждавшимися на съезде, были - промышленный травматизм и профессиональные заболевания, костный туберкулез, грыжи, раковые заболевания, трахома, организация акушерской помощи на Урале и ряд других проблем.

Выступая на съезде, зав.областным здравоотделом И.С.Белостоцкий /М.Я.Галкина-67, Г.Ф.Еремин и Д.К.Соколов-105/ говорил: "Настало время начать самую широкую борьбу с развитием раковых заболеваний, всестороннего их изучения и выработки плана лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с ними. Первый шаг в этом направлении делается Областным здравоотделом открытием ракового отделения на 15 коек при областной хирургической больнице, в

задачу которого должно войти не только применение всех современных методов лечения раковых больных, но и разработка и пропагандирование общественно профилактических мероприятий по борьбе с этой болезнью...".

Первоначально онкологическая помощь была довольно примитивной и в значительной степени ограничивалась практическим разрешением элементарных вопросов. В отделении на 12 коек помещались почти исключительно запущенные, инкурабельные больные. Для характеристики можно указать, что это "онкологическое отделение" было размещено в двух маленьких палатах под лестницей. Помещение было низкое, скученность больных очень большая. Это отделение было "червеобразным отростком" при хирургической больнице /М.С.Шульман, 463/. Тем не менее проф. Л.М.Ратнер, возглавивший этот важный участок работы, развил энергичную деятельность в борьбе со злокачественными заболеваниями. С целью ознакомления в научном и практическом аспекте с онкологией он едет в Ленинградский институт онкологии, открытый в 1926 г. и возглавляемый проф. Н.Н.Петровым /М.С.Шульман и Ю.Э.Соркин, 465/. В 1928 г. он пишет обращение к врачам Уральской области - "О раке желудка и прямой кишки" (рис.26), где, в частности, читаем: "... Поэтому, если мы хотим выйти победителями в борьбе с раковыми заболеваниями, мы должны начать проводить немедленно 2 следующих мероприятия: 1) пропагандировать всеми мерами и всеми средствами среди населения мысль об излечимости карциномы в ранней стадии и познакомить его с основными признаками начинающегося рака; 2) врачи особенно бдительно должны выискивать начальные формы рака внутренних органов."

В этом же году состоялся хирургический вечер, посвященный

Проф. Ратнер Л. М.

О РАКЕ ЖЕЛУДКА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Обращение к врачам Уральской Области

Издание Облздравотдела

г. Свердловск
1928 г.

Рис. 26. Титульный лист брошюры-обращения к врачам
Уральской области проф. Л. М. Ратнера.

100-летию со дня рождения Листера. Проф. Л. М. Ратнер с большой эрудицией осветил вопрос "О направлениях в современной хирургии", а на особом заседании Уральского медицинского общества были заслушаны доклады по теории и практике диспансеризации. Проф. Л. М. Ратнер выступил с докладом "К вопросу диспансеризации больных злокачественными новообразованиями". Докладчик показал необходимость создания на Урале ракового диспансера /М. Н. Карнаухов, 136/.

Когда в 1930 г. в г. Свердловске открылся физиотерапевтический институт, Лев Моисеевич стал во главе организованного им онкологического отделения. Эта "онкологическая ячейка" в 20 коек уже тогда играла весьма значительную роль. Она явилась научно-теоретическим и организационно-методическим центром онкологии во всей обширной Уральской области, которая в то время простиралась от Северного Ледовитого океана до границ Кировской области /М. С. Шульман, 463/.

В задачу онкологического отделения входила организация борьбы со злокачественными новообразованиями и, прежде всего, с причинами, способствующими заболеваниям злокачественными опухолями: профессиональные хронические раздражители кожи, травматизм, неудовлетворительная постановка родовспоможения, неправильное кормление детей грудью, алкоголизм, нерациональное питание, инфекционно-простудные болезни /С. Д. Нарбутовский, 235/.

На статистическом материале доказана была целесообразность централизации раковых больных в крупных учреждениях, т.к. "здесь возможны все те сложные диагностические и лечебные мероприятия, которые применяются в отношении раковых больных".

Раковые пункты, онкологические кабинеты со специальными

врачами онкологами должны служить "щупальцами" для вылавливания больных раком.

С 1/1-1921 по 1/1-1932 г. через Областную хирургическую больницу и онкологическое отделение УОБИ прошло 124 случая раков желудка, причем через Областную больницу за 9 лет прошло 89 больных, а через онкологическое отделение УОБИ за 2 года - 45 больных.

Это обстоятельство указывает на своевременность открытия специального онкологического отделения /А.В.Шапатин-446/.

В 1929 г. открылся противораковый пункт в г.Перми на базе I-й клинической больницы. 19/XII-1933 г. он провел расширенную конференцию научных работников и врачей участков и районов Уральской области, которая продолжалась один день. Были заслушаны три доклада - проф.П.А.Гузикова, М.В.Шац и М.Л.Коза, посвященные вопросам организации борьбы и ранней диагностики рака. В работе конференции приняли участие 33 научных работника и 24 участковых врача /П.А.Гузилов - 84,85/.

В январе 1930 г. Л.М.Ратнер сделал доклад о противораковой борьбе на Урале на 2-м научном съезде врачей. Кроме того, в хирургической секции Уральского областного научного съезда стояли такие вопросы: А.Н.Скобунцова "Новый метод образования желудочного свища при раке пищевода", В.Г.Перетц и П.Л.Виленинская "К вопросу о раке матки и мерах борьбы в Уральской области".

По докладам о злокачественных новообразованиях проф.Ратнера Л.М. (Свердловск), проф.Алякритского В.В. (Пермь), доктора Шапатина А.В. (Свердловск) была принята развернутая резолюция, где отмечалось:

I. Громадная смертность от злокачественных новообразований

на Урале и несомненная возможность понизить ее путем правильной постановки профилактики и лечения рака требует немедленной организации борьбы с этим социальным бедствием.

2. Для этого необходимо приступить к изучению всех особенностей уральского рака, всех профессиональных вредностей и социально-бытовых условий, вызывающих рак, и всех причин, препятствующих его развитию.

3. Одновременно с изучением рака необходимо приступить к практической борьбе со злокачественными новообразованиями, в которой должны участвовать все врачи Уральской области, работая в тесном контакте с широкими массами трудящихся.

4. Во главе противораковых организаций Урала должны стоять Свердловское онкологическое отделение - будущий онкологический институт. В течение ближайших 2-х лет в Перми и других больших окружающих городах организуются раковые пункты.

5. Все противораковые учреждения должны быть оборудованы согласно требованиям современной науки и, в первую очередь, иметь хирургические отделения, патолого-анатомическую лабораторию, рентгеновский кабинет и радий в достаточном количестве.

6. Противораковый центр в Свердловске, кроме профилактической и лечебной помощи раковым и предраковым больным, занимается подготовкой кадров онкологов для периферии и проводит диспансерное обслуживание населения и особенно рабочих тех производств, которые предрасполагают к развитию раковых заболеваний.

7. Для неизлечимых раковых больных здравотделы в текущем году организуют при больницах специальные отделения санаторного типа.

8. Для более широкого освещения вопросов, связанных с про-

тивораковой борьбой, ежегодно созываются совещания из представителей Облздравотдела, партийных, профессиональных и общественных организаций и специалистов по раку и пограничным областям медицинских знаний. Это была программа деятельности органов здравоохранения по онкологии на многие годы.

Уже через несколько лет в крупных городах были организованы онкологические пункты (Тюмень, Курган, Челябинск) /М.С.Шульман, 463/.

Неоднократное обсуждение вопросов о необходимости создания специальной онкологической сети и подготовки кадров нашли свое организационное воплощение в постановлении Совнаркома РСФСР №-1135 от 23/XI-1934 г., в котором предлагалось организовать в 1935 г. центральные онкологические поликлиники в Москве и Ленинграде, а в Воронеже, Ростове, Новосибирске, Свердловске и других краевых и областных центрах-специальные онкологические поликлиники и отделения в больницах для своевременной диагностики и лечения больных злокачественными опухолями. Вышеуказанным поликлиникам и отделениям рекомендовался диспансерный метод работы по обслуживанию раковых больных.

На пленуме больнично-поликлинического совета при Наркомздраве РСФСР в марте 1936 г. были доложены результаты противо-раковой работы, проведенной в Москве, Ленинграде, Воронеже, Ростове-на-Дону и Свердловске /Е.В.Козлова, 147/.

В декабре 1937 г., по инициативе проф. Л.М.Ратнера, при центральной поликлинике города был открыт Свердловский онкологический пункт. Возглавила его Р.Я.Шиперова. Онкологический пункт имел следующие цели:

1). Регистрация всех больных злокачественными опухолями.

живущих в городе.

2). Распределение этих больных по специальным лечебным учреждениям города.

3). "Вылавливание" ранних стадий рака и предраковых состояний.

4). Оказание помощи неизлечимым раковым больным на дому.

5). Изучение отдаленных результатов лечения.

6). Пропаганда идей о необходимости ранней диагностики рака и об его излечимости в ранней стадии /Р.Я.Шиперова, 497/.

Большое значение в развитии онкологии на Урале сыграли онкологические конференции, первая из которых в Свердловской области состоялась 20-23 февраля 1936 г., вторая в 1937 г. и вслед за ними последующие - (10-я в 1966 г.) (см. приложение).

"Первая областная конференция врачей-онкологов, в которой приняло участие 60 врачей и научных работников Свердловской области, - писала газета "Уральский рабочий" от 15/III-1936 г., - подвела итоги борьбы со злокачественными опухолями (раком, саркомой и др.), наметила мероприятия по усилению борьбы с этим заболеванием. Конференция заслушала доклады проф. Ратнера, Коза, Гузикова, доктора Лебедевой и др. ...".

В ноябре месяце 1938 г. в Советском Союзе была проведена противораковая неделя. 14/X-1938 г. вышел приказ Наркомздрава СССР №-1178 "О мероприятиях по борьбе с раком в Советском Союзе в связи с проведением международной противораковой недели". Предлагалось: 1). Развернуть онкологические и рентгенологические институты, онкологические отделения в больницах, отделения для неизлечимых раковых больных в больницах для хроников, онкологические пункты, рентгено-диагностическую сеть.

2). Выделить врачей, отвечающих за онкологию в поликлиниках с числом посещений свыше 150000 человек в год.

3). Создать кафедры онкологии в институтах усовершенствования врачей Москвы, Ленинграда, Киева, Новосибирска, Харькова и кафедры для подготовки рентгенологов и радиологов в рентгенологических институтах Москвы, Ленинграда, Харькова и Киева.

4). Создать доцентуру по онкологии в медвузах.

5). Разработать форму учета всех случаев заболевания, смерти и эффективности лечения онкологических больных, а также формы отчетности в противораковых учреждениях.

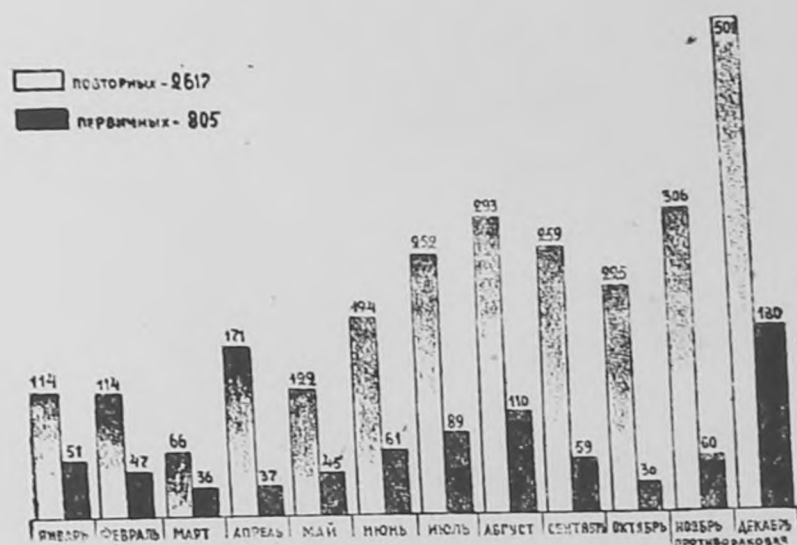
Этим же приказом был утвержден противораковый комитет при Наркомздраве СССР.

Свердловская онкологическая клиника приняла деятельное участие в этом значительном мероприятии. Об эффективности проведенной работы можно судить по количеству увеличившихся посещений больных в этот период (рис. 27).

Налаживавшаяся организация онкологической помощи в Свердловской области была задержана в связи с Великой Отечественной войной. Онкологические кадры были мобилизованы для оказания помощи раненым и больным воинам, но уже в 1945 г., когда еще шли жестокие бои с фашистскими захватчиками, специальной комиссией в составе крупнейших специалистов и государственных деятелей был разработан план проведения широких мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями.

Результатом работы комиссии явилось постановление Совнаркома СССР от 30 апреля 1945 г. за №-435 "О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению".

Впервые в истории онкологии появился государственный акт,



Диагр. 4. Посещение больных Онкологического пункта за 1938 год.

Таблица 2

Движение опухолевых б-х и подозрительных

№№ групп	Клинические группы	Состоит на последнее число квартала			
		I квар- тал	II квар- тал	III квар- тал	IV квар- тал
I	Предраковые и подозри- тельные	64	101	111	247
II	Подлежащие спецлечению	31	65	50	151
IIIa	В т. ч. подлежащие ра- дик. лечению	13	34	26	73
III	Практически здоровые .	30	38	31	92
IV	Не подлежащие спецлече- нию (инкуб.)	30	35	46	67
Итого		155	239	238	557

Рис. 27. Движение онкологических больных по Свердловскому онкологическому пункту во время противораковой недели (1938 г.).

в котором намечено создание единой стройной системы специальных органов, учреждений и мероприятий по противораковой борьбе.

В решении Коллегии М.З. СССР от 20/XI-46 г., утверждавшей первый 5-летний план научных работ по онкологии, было записано: "Разрешение раковой проблемы признать центральной задачей советского здравоохранения, в связи с чем привлечь к разрешению ее как в целом, так и по различным разделам, помимо специальных онкологических, научных и практических учреждений, другие научно-исследовательские институты, медвузы, кафедры и лаборатории институтов усовершенствования врачей, отдельных ученых, известных своими трудами по смежным дисциплинам, а также широкую сеть научно-практических учреждений здравоохранения (больницы, поликлиники)".

В циркулярном письме по вопросам противораковой борьбы, опубликованном 18/X-48 г. зам.министра здравоохранения СССР, т. Шабанов вновь отметил, что противораковая проблема является первоочередной важнейшей задачей советского здравоохранения.

б) Развитие сети онкологических учреждений
Свердловской области и их деятельность

Структура онкологической сети Свердловской области, по данным на 1967 год, была представлена в следующем виде:

А. Областной онкологический диспансер в Свердловске, внекатегорийный (открыт в 1948 г.)

а) Стационар на 85 коек.

б) Поликлиника с кабинетами:

1. Хирургическим, 2. Гинекологическим, 3. Отоларингологическим, 4. Рентгенодиагностическим, 5. Рентгенотерапевтическим: а) плу-

бокая рентгенотерапия, б) короткофокусная рентгенотерапия; 6. Клинической лаборатории, 7. Патогистологической лаборатории, 8. Пансионат на 15 коек, 9. Орметодкабинет, 10. Процедурный кабинет, 11. Регистратура.

Б. Свердловский городской онкологический диспансер с 1963 г. размещен во вновь выстроенном типовом здании на 125 коек (открыт в 1950 г.).

В городе имеется 11 онкопунктов и в ряде больниц выделены онкологические койки. Имеется стационар на 125 коек. Поликлиника с кабинетами: 1) Хирургическим, 2) Гинекологическим, 3) Рентгенодиагностическим, 4) Клиническая лаборатория, 5) Рентгенотерапевтический (ГУТ-СО-400, глубокая и близкофокусная), 6) Патогистологическая лаборатория, 7) Орметодкабинет, 8) Лаборатория радиоизотопной диагностики.

В. Н-Тагильский городской онкологический диспансер расположен в больничном городке металлургического завода в типовом, специально построенном здании с радиологическим блоком. Во вновь построенном пристрое установлены новые терапевтические аппараты Луч-1 и "Рокус", 120 коек, из них 95 в горонкодиспансере, 10 в хирургическом отделении УВЗ, 15 - пансионат онкодиспансера, используемые так же, как стационарные.

Диспансер имеет, кроме того, поликлинику с кабинетами: 1) Хирургическим, 2) Гинекологическим, 3) Рентгенодиагностическим, 4) Рентгенотерапевтическим: а/ глубокая, б/ близкофокусная, в/ телегамматерпия ГУТ-СО-400, г/ Луч-1, д/ Рокус. 5) Орметодкабинет.

Г. Краснотурьинский городской онкологический диспансер расположен в медгородке МСЧ, в отдельном 2-х этажном благо-

устроенном корпусе. Имеет: 1. Стационар на 50 коек, 2. Поликлинику с кабинетами: а) Хирургическим, б) Гинекологическим, в) Телегамматерапевтическим ГУТ-СО-400, г) Рентгенотерапии (глубокая и близкофокусная), д) Патогистологической лаборатории.

Д. Городской Каменск-Уральский онкологический диспансер открыт в 1961 г. на базе I-й Горбольницы. Имеет 50 стационарных коек, где проводится хирургическое и лучевое лечение радиоактивным кобальтом. В поликлинике ведутся хирургические и гинекологические приемы. В 1963 г. установлен аппарат близкофокусной рентгенотерапии. Проводится лечение на аппарате глубокой рентгенотерапии.

Е. Областная больница в Свердловске имеет отделение на 50 коек, где проводится хирургическое и комбинированное лечение онкологических больных. При поликлиническом отделении больницы работает кабинет глубокой рентгенотерапии.

Ж. При 14 городской больнице Свердловска имеется онкологическое отделение на 40 коек.

З. Онкологических кабинетов в районах области, при городских и районных больницах имеется 56. Они расположены в наиболее крупных промышленных и с/х районах области.

В основном областные и городские диспансеры укомплектованы кадрами.

Для более действенной помощи в 1966 г. произведено распределение районов Свердловской области по онкологическим диспансерам:

Название диспансеров	Название районов, городов
1. Краснотурьинский	1. Карпинск, 2. Североуральск,
2. Н-Тагильский	1. В.Салда, 2. Н.Салда, 3. Кушва,
	4. Невьянск, 5. Кировград, 6. В.Тагил.
3. Каменск-Уральский	1. Каменский р-н, 2. Богданович
4. Свердловский	1. Белоярский р-н, Березовск.

Кроме того, в 1967 г. создан Медицинский совет при Облонкодиспансере, куда входят гл.врачи, главные специалисты. На нем разбирается онкологическая заболеваемость. Каждый врач закреплен за двумя районами и выезжает два раза в год для осуществления практической помощи.

Представим работу каждого из приведенных выше онкоучреждений.

А. Областной онкологический диспансер

Начиная с 1948 г., с открытия областного онкодиспансера, расширяется и укрепляется онкологическая сеть в Свердловской области, готовятся врачебные онкологические кадры, организуются и увеличиваются профилактические осмотры, повышается онкологическая грамотность и настороженность медработников, улучшаются и расширяются методы лечения, улучшается учет, увеличивается обращаемость населения в онкоучреждения области. Для получения представления о состоянии онкологической помощи в районах области постоянная комиссия здравоохранения при Свердловском Областном Совете депутатов трудящихся в 1952 г. разослала специальный вопросник по районам с целью выявить основные

вопросы организации онкологической помощи на местах.

Ответы были получены из 30 городов и районов области. Анализ присланного материала показал, что в большинстве районов оснащение кабинетов недостаточно, нет инструмента, недостаточно используется местная печать, радио, местные органы здравоохранения.

Там, где есть специалисты онкологи, работа поставлена хорошо, успешно проводятся профилактические осмотры. Только в 15 районах из 65 проводятся онкологические операции. 75% районных онкологов не обладают достаточным опытом и нуждаются в помощи специалистов. Поэтому в каждом городе Свердловской области необходимо подготовить актив в помощь врачам — не менее 30 человек, а в крупных городах: в Н.Тагиле — 150, в Каменск-Уральском — 100.

Центром научной и практической деятельности по онкологии по-прежнему являлась онкологическая клиника во главе с проф. Л.М.Ратнером. По сути дела, она имела межобластное значение. В феврале месяце 1951 г. онкологическая клиника была расформирована, ее штат, аппаратура были переданы Областному онкодиспансеру, который получил стационар на 85 коек, диспансер был отнесен к I-й категории (рис.28).

Областной онкодиспансер с момента его организации возглавила талантливый организатор здравоохранения Фаина Михайловна Теплоухова (рис.29). Она родилась в крестьянской семье в Вятской губ. в 1905 г. В 1921 г. после окончания 6 классов в/д шюлы стала работать на комсомольской работе в Губкоме, I и III РК ВЛКСМ. С 1924 по 1929 г. работала в профорганизации печатников управделами, а с 1929 по 1934 г. — в торговле инструктором



*Здание где размещалась онкологическая
клиника СОФН с 1930 года, а затем Свердловский
областной онкологический диспансер с 1950 года.*

Рис. 28.

Здание физиотерапевтического института, где размещалась
онкологическая клиника, затем Свердловский областной
онкодиспансер.



В.М. Теплоухова
Глав. врач Облонкодиспансера
(первый)



М.А. Васьман
Старшая медсестра
стационара диспансера
(первая)

Рис. 29.

Главный врач Облонкодиспансера В.М. Теплоухова.

Церабкоопа, директором института национализации, предварительно закончив высшие курсы национализации торговли в Москве. С 1925 г. член КПСС. С осени 1934 г. по 1936 г. работала инструктором Ленинского РК партии. В 1937 г. поступила учиться в Свердловский мединститут, предварительно, без отрыва от работы закончив рабфак. В институте была отличником учебы, Сталинским стипендиатом. В декабре 1941 г. окончила Свердловский мединститут и до 1946 г. работала в госпитальной хирургической клинике мединститута ординатором. С ноября 1946 г. - зав. Обл-онкодиспансером. Благодаря энтузиазму Ф.М.Теплоуховой, руководимое ею учреждение завоевывает все большую популярность среди населения области, улучшаются показатели работы. Составленные ею годовые отчеты представляют своеобразные научные работы. Умерла Ф.М.Теплоухова в 1962 году.

В 1949 г. в соответствии с указаниями Министерства здравоохранения и приказом №-183 Облздравотдела, онкоучреждения были развернуты во всех основных промышленных и крупных сельскохозяйственных районах. По районам области при райбольницах было закреплено 380 онкологических коек, из них 90 - для онкохроников.

В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР №-870 II онкокабинетов в районах области в 1950 г. явились, по существу, диспансерными отделениями больниц.

В течение 1950 г. ряд районов значительно улучшил свою онкологическую деятельность. Так, в Ирбитском районе количество запущенных случаев злокачественных новообразований снизилось с 42% в 1949 г. до 13% в 1950 г. В Первоуральском районе перевыполнен план профилактических онкологических осмотров (при плане 12000 осмотрено 42000 человек).

В диспансере введена единая история болезни (для поликлиники и стационара). 24/УП-51 г. вышел приказ №-808 по Свердловскому обл.отделу здравоохранения, где говорится, что в Свердловской области проведена значительная работа по улучшению оказания онкологической помощи населению: организован областной онкологический диспансер со стационаром и пансионатом. Выросла сеть онкокабинетов в районах, увеличился охват населения профосмотрами. В результате проведения этих мероприятий снизилось число запущенных форм злокачественных опухолей, повысилась группа практически здоровых, что свидетельствует об улучшении вопросов ранней диагностики рака и эффективности лечения. В целях дальнейшего улучшения онкологической помощи населению области - при Облздравотделе была организована противораковая комиссия в составе:

Макаровичной О.А.	-	Зам.зав.Облздравотделом
Ратнер Л.М.	-	Профессор, председатель
Лебедевой А.Н.	-	Доктора мед.наук
Лидского А.Т.	-	Профессор
Соколова Н.В.	-	Гл.хирург области
Теплоуховой Ф.М.	-	Гл.врач Облонкодиспансера
Левченко М.С.	-	Зав.Обл.домом санкультуры, пред.обл.Кр.Креста.
Рыскиной Л.М.	-	Зав.оргметод.кабинетом онко- диспансера - секретарь.

С 1953 г. по приказу Министерства здравоохранения СССР Областной онкодиспансер был выделен как внекатегорийный с добавлением числа врачебных должностей.

О росте онкоучреждений и онкологических коек можно судить по диаграммам, представленным на рис.30 и 31.

РАЗВИТИЕ сети онкологических учреждений по СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

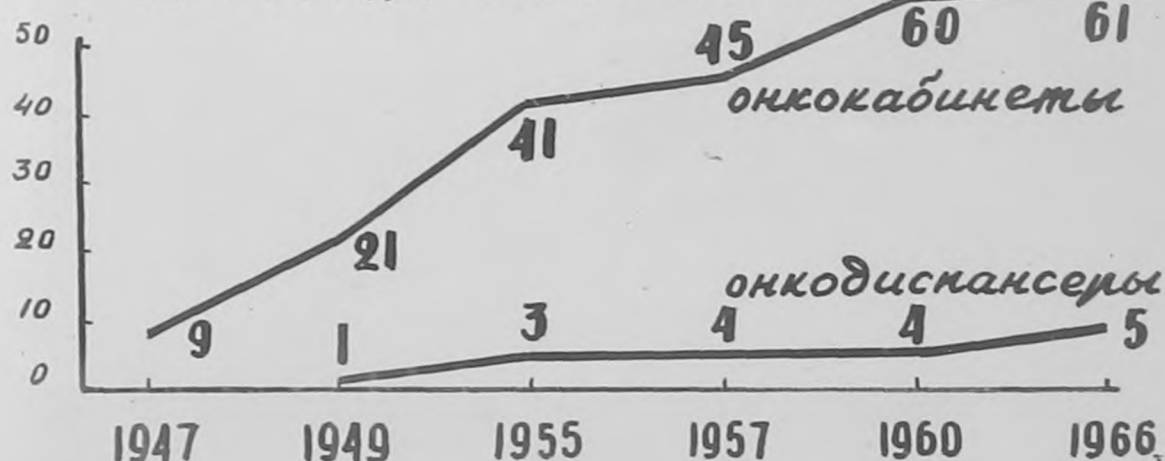


Рис. 30.

**Рост
онкологических коек
по Свердловской области**



Рис. 31.

Из года в год увеличивалось и количество специализированных (активных) коек и смотровых кабинетов, что видно на диаграммах, представленных на рис. 32 и 33.



Рис. 32.

Рост числа силовых кабинетов по Свердловской области

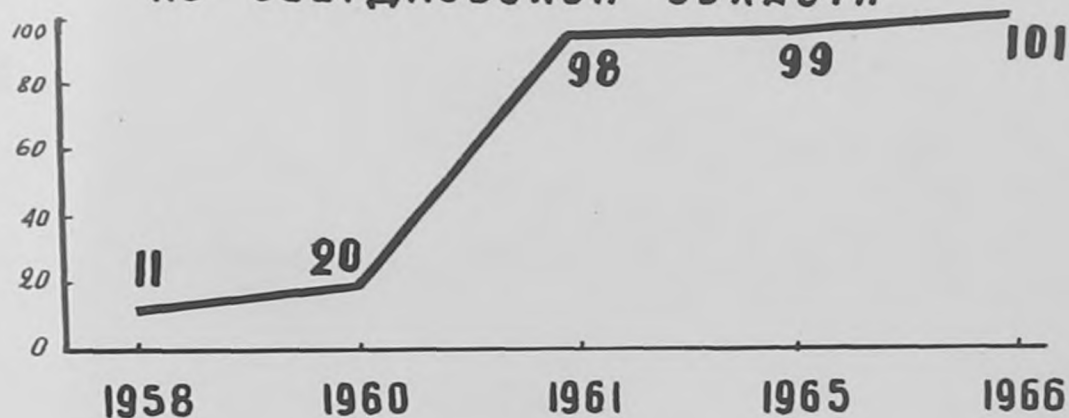


Рис. 33.

Рост взятых на учет онкологических больных в I-й год организации Областного онкодиспансера демонстративно показывает диаграмма, представленная на рис. 34. Она говорит об улучшении учёта больных.

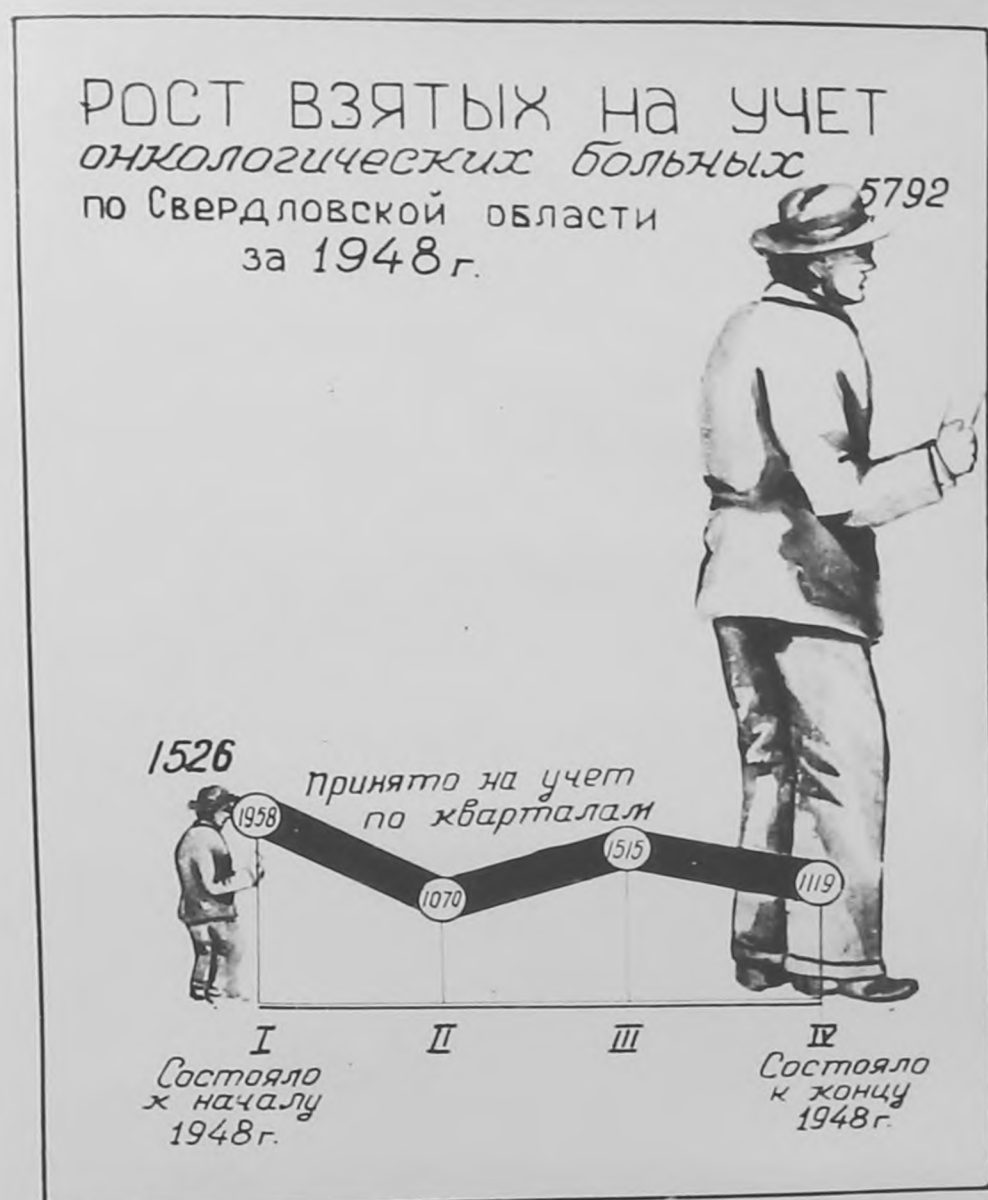


Рис. 34.

Из года в год увеличивалось число врачей и среднего медицинского персонала онкологической службы, что видно на диаграмме, представленной на рис. 36.



Рис. 36.

С 1947 по 1966 гг. на базе центральных институтов усовершенствования врачей и Свердловского Областного онкологического диспансера прошли подготовку по онкологии 532 врача различных специальностей.

В Облонкодиспансере работают подготовленные кадры врачей-

-онкологов (хирургов, рентгенотерапевтов), оказывающих квалифицированную помощь населению области (рис.37 и 38).



*Работники хирургического отделения диспансера.
Сентябрь 1967 год.*

Рис.37.

Областной онкологический диспансер является методическим онкологическим центром. Возглавляет его квалифицированный хирург В.Н.Голод. Хирургическим отделением заведывал в течение длительного времени доктор мед.наук заслуженный врач РСФСР - М.С.Шульман, ныне консультант Облонкодиспансера.

Врачи Онкодиспансера на протяжении ряда лет разрабатывают отдельные результаты лечения онкологических больных различных локализаций:

1. Доктор мед. наук Шулман - "Отдаленные результаты электрохирургической резекции желудка по поводу рака".
2. Отдаленные результаты лечения больных раком шейки матки по материалам диспансера - врач Архангельская.
3. Отдаленные результаты лечения рака яичника - врач Глузман.
4. Отдаленные результаты лечения рака молочной железы - врач Крюкова С.И., врач Метвеева О.А.
5. Отдаленные результаты лечения рака н/губы и кожи - врач Южакова.



Работники радиологического отделения диспансера.
Сентябрь 1967 год.

Улучшается оснащённость онкоучреждений области, что демонстративно видно по диаграмме, представленной на рис. 39.



Рис. 39.

В 1952-1955 гг. работа Областного онкодиспансера была проверена Управлением онкопомощи Министерства здравоохранения РСФСР и признана удовлетворительной. 19/VI-52 г. с докладом "О состоянии онкологической помощи в Свердловской области" на заседании постоянной комиссии здравоохранения при Облисполкоме выступила гл. врач Облонкодиспансера Ф. М. Теплоухова.

10/X-52 г. в решении Исполкома Свердловского Областного

Совета за №-1205 "О состоянии онкологической помощи в Свердловской области" работа диспансера также признана удовлетворительной. Для улучшения работы в решении записано:

Обязать директора Свердловского медицинского института в соответствии с приказом Минздрава СССР за №-414:

1. Предусмотреть в научном плане института разработку вопросов онкологии.

2. При подготовке врачей-специалистов на базе Мединститута предусмотреть обучение их теоретической и практической онкологии.

3. Оказывать практическую помощь онкологическим учреждениям области в деле противораковой борьбы.

4. Обязать директора Областного дома санпросвещения усилить противораковую пропаганду среди населения, привлечь к этой работе печать, радио, общество по распространению общественно-политических знаний, врачей лечебных учреждений.

В 1958 г. Облонкодиспансер поставил перед медицинской общественностью следующие задачи:

1). Увеличить сеть онкоучреждений. В городах, имеющих межрайонное значение, надо открыть городские онкологические диспансеры /Ирбит, Камышлов, Красноуфимск, Серов, Каменск-Уральский/.

2). Широко внедрить в практику лечебных учреждений лечение злокачественных опухолей лучевой терапией. Для этого в районах области открыть 20 кабинетов лучевой терапии (глубокая рентгенотерапия, короткофокусная рентгенотерапия, ГУТ-СО-20, ГУТ-СО-400). Организация указанных кабинетов в первую очередь должна осуществляться также в районах, имеющих межрайонное значение, во вновь организованных диспансерах и крупных районных и город

ских больницах.

3). Резко увеличить объем подготовки кадров врачей-онкологов и повысить онкологическую квалификацию врачей общей лечебной сети. Планомерно при Свердловском институте организовать кафедру или хотя бы факультативный курс по онкологии. Обязательно организовать ординатуру и аспирантуру по онкологии.

4). Ускорить строительство в Свердловске городского онкологического диспансера. Решить вопрос о строительстве областного онкологического диспансера. Строящееся здание горонкодиспансера на 50 коек не может удовлетворить не только нужд всей области, но даже г. Свердловска.

5). Поставить вопрос об организации на Урале /в Свердловске/ научно-исследовательского института онкологии.

6). Организовать и расширить научную работу по проблеме рака при Институте с привлечением врачей практических учреждений, работающих в онкологии.

Некоторые из этих вопросов в дальнейшем были полностью реализованы.

В плане мероприятий по улучшению онкологической помощи населению в 1960-1965 гг. снова был поставлен вопрос "Об организации научно-исследовательского онкологического института в г. Свердловске".

В результате проведенной работы в области улучшились некоторые показатели деятельности онкоучреждений. Увеличился охват профилактическими осмотрами (рис. 40). Из числа взятых на учет больных с впервые установленным диагнозом все больший процент относится за счет выявления на профилактических осмотрах.

Если в 1948 г. этот процент составлял 4,0, то в 1956 г. он составил 32,0 (рис. 41).

ОХВАЧЕНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ (в тыс. чел.)

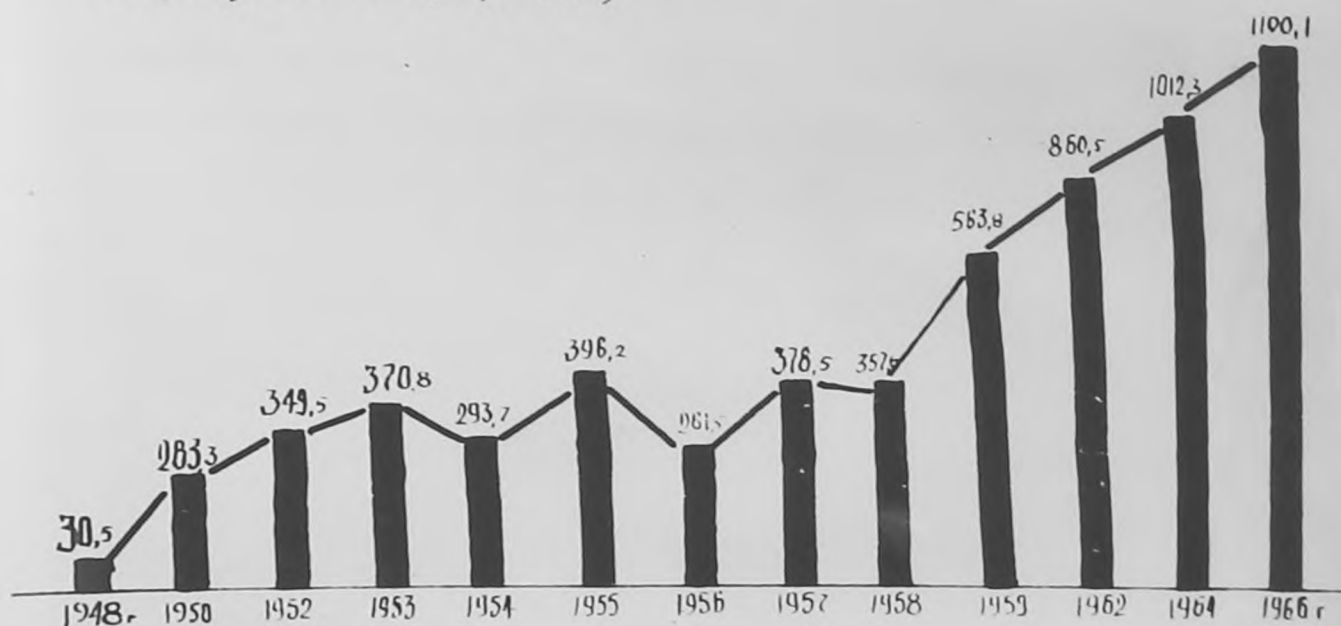


Рис. 40.

ВЫЯВЛЕНО ПРИ ПРОФОСМОТРАХ ПО ГОДАМ

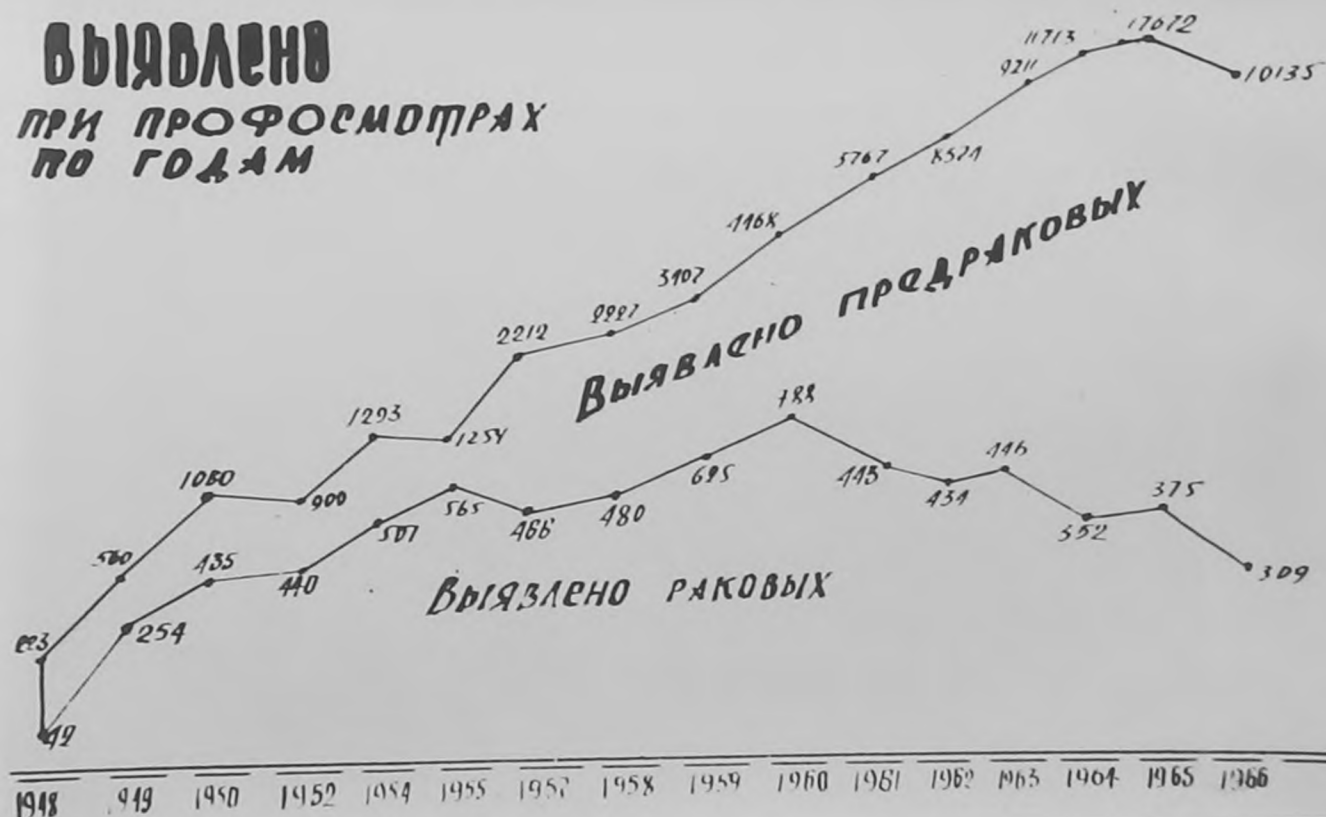


Рис. 41.

Имеется некоторое снижение процента запущенных случаев из числа больных раком с впервые установленным диагнозом: 1947 г. - 27%, 1953 г. - 22%, 1958 г. - 18%, 1966 г. - 20%.

Возрастает III-я клиническая группа больных - клинически здоровых: 1947 г. - 20%, 1953 г. - 61%, 1958 г. - 82%, 1967 г. - 86,8%.

Совершенствуются методы лечения, что видно в % по годам.

Таблица 5

	1949	1950	1951	1959	1960	1961	1965	1966	1967
Хирургическ.	48	40	30,1	32,2	28,5	30,8	29,5	24,4	24,6
Лучевой	41	42	45	39,9	47,1	47,1	33,4	30,5	32,3
Комбиниров.	11	18	24,9	27,9	24,4	22,1	20,3	15,9	18,7
Химиотерапия	-	-	-	-	-	-	8,1	10,9	10,1
Компл. метод	-	-	-	-	-	-	8,7	18,3	14,3

Главный врач Облонкодиспансера Ф.М. Теплоухова в 1960 г. выступила с докладом "Опыт работы онкологических учреждений Свердловской области в организации онкологической помощи населению" на XIV сессии Гос. научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена и научно-практической конференции руководителей онкологических учреждений РСФСР по вопросам организации противораковой борьбы.

Автор отметила, что за первое десятилетие онкосеть Свердловской области увеличилась больше чем в 6 раз. Онкологические учреждения оснащены препаратами радия и кобальта, установками ГУТ-СО-400 и 20, аппаратом для короткофокусной и глубокой рентгенотерапии. В них производятся все основные операции по поводу

злокачественных опухолей. Следует отметить, что там, где удается подобрать на онкологическую работу энергичных, с инициативой товарищей, там онкологическая помощь населению значительно улучшается, преодолеваются встречающиеся трудности.

Онкодиспансер стремился наладить тесную повседневную связь с ведущими хирургами, гинекологами районов. Развивается хирургическая деятельность на местах.

В 1956 г. в районах области было сделано 1200 онкологических операций. В 1958 г. - 2124 операции. В 1956 г. онкологические операции производились в 27 районных больницах, а в 1958 г. - в 46. Совершенствуется мастерство хирургов, постепенно производятся все более сложные онкологические операции: резекция желудка, экстирпация матки, мастэктомия и др., применяются гормоны-и химиопрепараты и др.

За 1957-1960 гг. с целью выявления больных раком и предраком осмотрено 1 млн. 328 тыс. чел. населения. При этом выявлено 1779 (0,13%) больных злокачественными опухолями и 7383 (0,5%) больных с предраковыми и подозрительными по раку заболеваниями.

За последние годы значительно активнее и в большем объеме проводят осмотры в общей лечебной сети. В среднем ежегодно по всей области профилактическим осмотрам подвергается 450-480 тыс. человек населения. Заслуживают внимания смотровые женские кабинеты при поликлиниках. Такие кабинеты организованы в ряде крупных городов (Н.Тагил, Свердловск, Каменск-Уральский, Краснотурьинск и др.). В смотровых кабинетах работают опытные фельдшера, акушерки. Только в Н.Тагиле смотровые кабинеты осмотрели 19 тыс. женщин, среди которых было выявлено 16 раковых больных и 314 предраковых.

Одним из качественных показателей деятельности онкоучреждений области является структура заболеваемости и смертности. Интерес представляет удельный вес отдельных локализаций по годам, заболеваемости и смертности в интенсивных и экстенсивных показателях (основных локализаций).

Рассматривая вопрос о смертности по Уралу в историческом аспекте, ссылаясь на годовой отчет Облздравотдела за 1925 год, мы можем констатировать, что Уральская область выделялась крайне высокой смертностью, так, по Пермской губ., которая по населению составляла 2/3 всей Уральской области, смертность за 1900-1910 гг. была в среднем 40,6‰, за 1911-1913 гг. - 41,4‰ при средней по России - 29,4‰ (1900-1910 гг.) и 27,2‰ (1911-1913 гг.). В 1920-1922 гг. смертность поднялась до 49,4‰, в 1924 г. смертность была 30‰, в 1925 - 34,9‰.

В Свердловске смертность составляла 28,2‰, в Перми - 29,0‰, в Ирбите - 49,7‰, в Троице - 23,3‰. Регистрация причин смерти была далеко несовершенна. До 1926 г. не было обязательной отметки о причине смерти, так называемого медицинского свидетельства, выдаваемого врачом или в крайнем случае фельдшерским персоналом. С 1926 г. введены медицинские свидетельства во всех городах и тех крупных населенных пунктах, где имеется врачебный персонал. До 1926 г. отметки делались в большинстве случаев со слов родственников, ввиду чего степень их достоверности относительная.

От злокачественных опухолей (рак, саркома) в городах умерло 526 чел., в селах - 329 человек. Возраст больных - старше 40 лет.

Рак в последнее время, отмечалось в годовом отчете за 1925г., начинает играть, как причина смерти, весьма видную роль, даже

большую, чем туберкулез.

И лишь с созданием системы онкологической службы получения более достоверные данные.

Таблица 6

Структура заболеваемости раком в Свердловской области в 1947, 1957 и 1967 гг. (в процентах к сумме)

№ пп	Локализация	1947	1957	1967
1	Полость рта и нижней губы	16,2	16,7	9,8
2	Пищевод	1,6	1,1	2,4
3	Желудок	11,4	14,8	30,7
4	Прямая кишка	1,7	1,3	2,9
5	Гортань	1,6	1,0	1,6
6	Легкие	1,6	2,5	17,4
7	Матка	43,6	35,4	14,0
8	Молочная железа	4,5	5,9	5,1
9	Кожа	8,4	14,1	9,0
10	Прочие	9,4	8,2	7,1

Таким образом, если в 1947 и 1957 гг. первое место занимал рак матки 43,6 и 35,4%, второе место - рак полости рта и нижней губы - 16,2 и 16,7%, третьей место - рак желудка - 11,4 и 14,8%, то в 1967 г. рак желудка вышел на первое место - 30,7%, второе место занял рак легкого - 17,4% и третье - рак матки - 14%.

Среди мужчин первое место принадлежит раку желудка - 34,3%, второе - раку легких - 20%; у женщин - первое место - раку матки - 38%, второе - раку желудка - 25%, а рак легкого составляет лишь 0,64%.

Среди мужчин наибольшее количество случаев заболеваний падает на возраст от 50 до 59 лет - 33%, от 60 до 69 лет - 26,8%. Среди женщин наибольшее количество случаев падает на возраст 50-59 лет - 28%, 40-49 лет - 23%, 60-69 лет - 22,5%.

Живы более 3-х лет в 1950 г. - 43,8% больных, а в 1966 г. 68 %.

Таблица 7

Заболееваемость в интенсивных показателях
на 100 тыс. населения (по годам)

Локализация	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Желудок	28,6	32,0	35,7	38,7	46,6	37,3	37,6	35,7	34,9	37,7
Шейка матки	21,8	25,08	26,6	25,4	26,4	22,7	24,1	27,6	18,0	17,2
Легкие	8,48	10,05	10,5	13,0	14,0	15,6	16,0	18,0	16,0	19,6
Молочная железа	4,08	5,28	6,2	6,2	5,4	5,7	7,7	5,6	7,6	7,1
Прямая кишка	2,38	2,45	3,0	3,6	3,8	2,9	4,4	3,4	3,2	4,4

Таблица 8

Смертность в экстенсивных показателях
(в процентах к сумме) / по годам /

Локализация	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Желудок	37,3	40,3	40,4	41,0	41,0	41,8	33,6	36,8	36,0	38,5
Шейка матки	21,62	16,4	14,2	12,6	13,5	12,4	12,1	16,1	9,6	9,0
Легкие	10,47	12,9	14,2	14,0	13,9	14,8	15,8	15,8	18,0	16,8
Молочная железа	3,15	3,4	3,1	1,8	3,2	3,1	3,2	3,6	3,3	4,4
Прямая кишка	2,92	2,4	2,7	1,9	2,8	2,6	3,3	3,2	3,1	3,8

Таблица 9

Смертность в интенсивных показателях
на 100 тыс. населения / по годам /

Локализация	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Желудок	25,9	30,65	29,7	32,9	32,2	34,9	30,6	33,3	36,8	38,0
Шейка матки	15,0	12,5	10,4	9,7	11,0	10,4	10,2	11,7	9,5	8,9
Легкие	7,27	9,86	9,5	11,0	11,05	12,4	13,4	14,0	15,6	16,8
Молочная железа	2,18	2,57	2,2	1,4	2,8	2,6	3,4	3,4	3,3	3,1
Прямая кишка	2,03	1,84	2,0	1,5	2,3	2,2	2,5	2,9	3,1	3,1

Таблица 10

Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований по Свердловской области на 100 тыс. населения — (интенсивные показатели)

Годы	Заболеваемость	Смертность
1958	94,6	69,4
1959	111,7	76,0
1960	123,5	73,5
1961	132,0	79,0
1962	137,1	88,7
1963	130,3	83,6
1964	141,4	83,1
1965	134,3	90,4
1966	136,8	99,7
1967	137,0	98,7
1968	137,5	95,0

Анализ данной таблицы показывает стабилизацию заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований по Свердловской области, а кажущийся рост заболеваемости и смертности связан с улучшением учета этой категории больных.

Изучение материалов заболеваемости раком по Свердловской области показывает, что, по всей вероятности, в области имеются некоторые особенности в структуре заболеваемости раком, связанные с краевой патологией этого заболевания. Изучение краевых особенностей распространения рака в условиях Свердловской области, в связи с особенностями окружающей человека среды, предста-

вило бы несомненный интерес, в частности, в отношении рака полости рта, пищевода, легких и, может быть, некоторых других локализаций, например, рака щитовидной железы, как полагает Лев Моисеевич Ратнер.

Еще в 1936 г. в Сборнике Свердловской онкологической клиники была напечатана работа С. И. Знаменского (122), который на основе сопоставления обращаемости по поводу рака населения Уральской области отмечает, что наибольшая заболеваемость раком падает на округа, расположенные на восточном склоне Урала и Зауральской низменности (Ирбитский, Шадринский, Тюменский, Ишимский и Тобольский) и наименьшая заболеваемость приходится на округа Горного Урала и Верхне-Каменский округ, в состав которого входит и Соликамский район.

Наименьшую заболеваемость, по Знаменскому, по Уральской области имел также Курганский округ. Н. Ф. Березин, опубликовавший в "Новом хирургическом архиве" в 1935 г. свои материалы по раку в Уральской области, отметил, что на Урале, в Курганском округе, среди онкобольных на рак губы приходилось до 60% всей заболеваемости /Н. Ф. Березин, 28/.

Любопытно, что послевоенные годы показывают в том же Курганском округе другие соотношения: так, в 1951 г. на рак полости рта здесь приходится лишь 18% среди местных жителей и 16% среди приезжих.

То обстоятельство, что в 1951 г. среди женщин, больных раком, свежее-установленный диагноз рака полости рта по РСФСР приходится 3,9%, а в Свердловской области - 16,9%, заставляет изучать особенность распространения рака полости рта среди городского и сельского населения области, в частности, у женщин.

В монографии "Краевые особенности распространения злокачественных опухолей", 1963 г., А.В.Чаклин пишет: "Мы обратили внимание на некоторые промышленные районы страны и прежде всего на Свердловскую область. Необходимо отметить, что в общей структуре злокачественных опухолей, по данным 1957 г., в этой области рак матки занимал 33,1%, а рак полости рта и нижней губы - 16,9%.

Изучение материалов онкологического диспансера крупнейшего металлургического центра Урала- Нижнего Тагила-показало, что в 1956 г. из 891 больного раком и другими злокачественными опухолями у 125 был рак нижней губы.

В общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак нижней губы занимал 3-е место после рака матки и рака желудка /А.В.Чаклин, 431/.

Н.М.Дьячкова, анализируя заболеваемость злокачественными опухолями в Челябинской области, отмечает относительно высокий уровень регистрации рака нижней губы, который, почти во всех районах, занимает 4-е место в структуре заболеваемости и по области составляет 9,7% Это расценивается ею как крайняя особенность и соответствует наблюдениям в других районах Урала, где развита тяжелая промышленность, в частности в районах Нижнего Тагила /Н.М.Дьячкова, 101/.

На Урале, где зоб является краевой патологией, рак щитовидной железы не выделен в особую рубрику и числится в графе "прочих". Как показали доклады о раке щитовидной железы, сделанные в хирургическом обществе проф.Л.М.Ратнер^{ом} и доктором Н.И.Архишенко, проф.В.Ф.Колосовской, раков щитовидной железы на Урале много, гораздо больше, чем в незобных областях. Пред-

рак и щитовидной железы были очень четко очерчены в докладе проф. Л. М. Ратнера и Н. И. Архипенко.

В деле дальнейшего улучшения онкологической помощи населению большое значение имеет глубокое изучение, обобщение и последующее распространение передового опыта работы онкологических и общелечебных учреждений по организации и проведению широких мероприятий по борьбе против рака.

Лучших показателей в этом направлении за последние годы достигли лечебно-профилактические учреждения Волгоградской, Горьковской, Свердловской, Куйбышевской, Ульяновской, Ленинградской областей и г. Ленинграда /Л. Ф. Никитина, 247/.

Б. Городской онкологический диспансер

Со дня создания городского онкологического диспансера в 1950 г. в г. Свердловске проведена работа, которая положительно сказалась на ранней диагностике, лечении и профилактике злокачественных опухолей. В период организации диспансера опыт работы был недостаточен, не имелось необходимой квалификации врачей не только общелечебной сети, но и врачей онкодиспансера. За последующие годы удалось достигнуть некоторого сдвига в работе. Особенно расширилась деятельность онкодиспансера после введения в эксплуатацию в 1953 г. специально построенного здания (рис. 42).

Все врачи диспансера и онкопунктов прошли специализацию по онкологии в Москве, Ленинграде, при клинике руководимой Л. М. Ратнером. Благодаря этому имеются врачи как из числа диспансера, так и из числа районных онкологов, хорошо знающих



Рис. 42. Здание городского онкодиспансера.

дело и могущие оказать помощь как больным, так и практическим врачам.

Энтузиастами этого дела, своим трудом много сделавшими для улучшения онкологической помощи в городе, являются Н. И. Архипенко, О. Д. Трельская, И. Н. Грязнова, Е. П. Рушкова и другие (рис. 43). Как результат деятельности онкодиспансера, онкопунктов и всей медицинской общественности имеется бесспорное улучшение выявления и ранней диагностики злокачественных новообразований, в учете онкологических больных.

Если в приказе Министра Здравоохранения за М-19 "М" от 26/1-56 г. гор. Свердловск фигурировал в числе городов с наибольшим недоучетом онкологических больных, составившем 56%, то в 1959 г. этот показатель снизился до 9,5%, а число выявленных больных возросло почти в 3 раза.



Рис. 43. Н. И. Архипенко — зав. хирургическим отделением Горонкодиспансера, хирург высшей категории (сидит крайняя справа).

Интенсивный показатель на 100000 населения с 76% в 1950 г. вырос до 143% в 1959 г.

Рост абсолютного числа заболевших и соответственно интенсивного показателя объясняется улучшением учета больных, увеличением продолжительности жизни человека. Данные годовых отчетов диспансера свидетельствуют о стабилизации заболеваемости, учитывая процент неучтенных больных.

Структура заболеваемости на протяжении первого десятилетия деятельности диспансера (средние цифры):

Таблица II

Рак полости рта и нижней губы	- 2,4 %
Рак пищевода	- 3,4 %
Рак желудка	- 30,8 %
Рак гортани	- 1,6 %
Рак прямой кишки	- 2,9 %
Рак легких	- 9,3 %
Рак шейки матки и тела матки	- 19,0 %
Рак молочной железы	- 5,6 %
Рак кожи	- 6,4 %
Рак прочих органов	- 18,6 %.

За эти 10 лет имелось изменение удельного веса ряда локализаций:

Таблица 12

	<u>1950 г.</u>	<u>1959 г.</u>
Рак полости рта и нижней губы	8,5 %	3,6 %
Рак кожи	17,2 %	9,2 %

Уменьшение показателей этих локализаций является следствием соответственного радикального лечения предраковых состояний этих органов и лучшего выявления раковых заболеваний других органов. Наряду с этим отмечается увеличение показателей других локализаций:

Таблица 13

	<u>1950 г.</u>	<u>1959 г.</u>
Рак желудка	25,0 %	44,8 %
Рак легких	6,4 %	13,5 %
Рак прочих органов	7,5 %	27,0 %

Увеличение этих показателей объясняется не только ростом абсолютных цифр, но и в известной мере улучшением прижизненной диагностики. В основном, больным с неуточненным клиническим диагнозом производится лапаротомия и тораотомия, что позволяет не только уточнить диагноз, но и произвести в одних случаях радикальную операцию, в других случаях - паллиативную.

Движение больных, взятых на учет впервые по онкокабинетам г.Свердловска, видно из следующих цифровых данных (в процентах):

Таблица 14

Год:	1953	- 100 %
	1955	- 141 %
	1957	- 187 %
	1958	- 210 %.

Этот показатель наглядности указывает на увеличение зарегистрированных случаев рака, что связано не с ростом заболеваемости, а с улучшением учета больных.

В возрастно-половом отношении мы можем указать на следующую закономерность (см. таблицу 17): при всех локализациях наблюдается рост заболеваемости от 40 до 60 лет (на этот возраст приходится 49% больных); по локализации процесса - у женского контингента больных преобладают раки женских половых органов (25,7%), раки желудка (22,1%), молочной железы (9,8%), кожи (9,1%); у мужского контингента больных - раки желудка (28,6%), легких (23,2%), мочеполовых органов (8,1%).

Таблица 15

Данные о заболеваемости раком по г.Свердловску (1951-1959 гг.) на 100000 населения (интенсивные показатели).

Диагноз	1951	1956	1957	1958	1959	По городам, респ., обл., краям	В том числе Москва
Рак полости рта	1,3	6,2	6,1	5,0	3,6	5,7	3,5
" пищевода	3,5	3,8	5,3	6,2	5,0	8,6	10,8
" прям. кишки	2,0	3,0	3,6	4,3	3,8	3,2	4,7
" гортани	1,0	1,3	2,4	2,6	2,2	2,1	2,8
" желудка	27,0	33,2	41,0	46,3	44,8	44,3	49,8
" бронх. легк.	7,3	6,9	10,8	13,0	13,5	12,7	13,8
" матки	26,0	22,2	23,4	29,3	27,7	18,6	18,6
" мол. железы	7,6	7,3	8,7	9,0	8,8	10,1	16,4
" кожи	17,6	11,2	13,4	13,0	9,2	16,7	15,9
" проч. орг.	11,0	12,8	21,1	22,5	27,0	17,2	19,2
Всего	116,8	108,4	134,5	151,2	143,0	139,2	155,6

улучшенным учетом больных.

Данные таблицы свидетельствуют о стабилизации онкозаболеваемости по г.Свердловску, если учесть, что в 1955 г. недоучет больных был 50%, в 1957 г. недоучет больных составил 21%, в 1958 г. - 13,5%, а в 1959 г. - 9,5%.

Определенную тенденцию к росту дают локализации рака /по годам/:

Таблица 16

	1957 г.	1958 г.	1959 г.
Легкие	10,8	13,0	13,5
Матка	23,4	29,3	27,7

Таблица 17

Распределение больных злокачественными новообразованиями по возрастно-половым особенностям на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста

Год	М у ж ч и н ы						Ж е н щ и н ы					
	20- -29	30- -39	40- -49	50- -59	60 и старше	Всего	20- -29	30- -39	40- -49	50- -59	60 и старше	Всего
1962	10,0	52,0	173,2	629,0	1432,1	134,0	20,7	93,7	204,7	520,6	1011,4	185,6
1963	22,5	51,4	153,9	712,5	1406,2	139,0	28,4	80,9	247,8	449,9	928,2	177,9
1964	21,7	71,2	180,4	689,1	2193,6	137,5	23,5	118,2	235,1	392,4	1206,0	212,5
1965	13,4	68,5	363,0	648,3	1680,0	141,2	5,5	63,8	185,5	435,9	970,0	162,5

Как отмечает А.П.Демченко (1967), эта закономерность является следствием различного уровня поражения половых органов мужчин и женщин, а также различной возрастной-половой структуры мужского и женского населения (А.П.Демченко, 90).

Тот факт, что в последние годы темпы роста показателей онкологических заболеваний несколько замедлились, свидетельствует о том, что одной из причин их увеличения является улучшение учета и диагностики заболеваний злокачественными опухолями. Больные третьей клинической группы (практически здоровые) составляют 88,7-89%, IV клиническая группа уменьшилась: в 1961 г. -7%, в 1964 г. -5%. Это можно отнести за счет включения в комплекс лечения онкологических больных химиотерапии и наличия стационаров в каждом районе города, которые дают возможность безотказно госпита-

лизировать онкологических больных в наиболее ранние сроки заболевания.

Таблица 18

Онкологическая заболеваемость в интенсивных показателях на 100000 населения среди городского населения за 1961-1965 гг.

Локализация опухоли	1961	1962	1963	1964	1965
Рак полости рта	0,3	0,2	0,2	0,5	0,5
Рак н/губы	4,2	5,1	4,5	5,1	6,2
Рак пищевода	3,5	4,7	4,7	4,7	4,6
Рак желудка	46,4	44,0	40,2	50,0	39,3
Рак прямой кишки	5,4	5,6	5,2	7,4	4,0
Рак гортани	3,3	1,8	1,2	3,8	1,6
Рак бронхов, легких, плевры	16,0	17,0	18,0	20,8	19,3
Рак шейки матки	24,0	22,9	22,3	22,3	15,2
Рак молочной железы	9,7	10,3	8,6	12,1	9,0
Рак кожи	11,3	13,0	15,3	15,5	18,5
Рак прочих органов	25,0	26,5	28,3	34,4	4,3
Всего злокачественных новообразований	165,0	162,0	160,7	189,0	152,5

Отмечается рост больных, состоявших на учете онкокабинетов свыше 3-х лет, с 48% в 1961 г. до 55,1% в 1964 г. (в основном за счет рака шейки матки 68% /1963 г.-63%, в 1961 г.-54%/, рака н/губы - 66,7%, рака кожи - 61,3% /в 1963 г.-61,1%, в 1961 г.-55%/).

Все это позволяет сделать вывод, что методы диагностики,

лечения онкологических больных в г. Свердловске с каждым годом совершенствуются.

Таблица 19

По локализации процесса (экстенсивные показатели)

1-е место занимает	рак желудка	30,6 %
2-е " "	рак матки	20 %
3-е " "	рак прочих органов	15 %
4-е " "	рак кожи	8,8 %
5-е " "	рак легких, бронхов	8,6 %
6-е " "	рак грудной железы	6 %
7-е " "	рак пищевода	4 %
8-е " "	рак прямой кишки	3 %
9-е " "	рак губы	2,3 %
10-е " "	рак гортани	1,8 %
11-е " "	рак полости рта	1 %.

Из года в год рак желудка среди других локализаций рака занимает 1-е место. Поэтому эта локализация вызывает живой интерес.

В 1965 г. Свердловский онкологический диспансер закончил изучение 3-5 и 10-летних отдаленных результатов радикального лечения рака желудка. Из 510 больных раком желудка, поступивших за период 1952-1953 гг. в хирургическое отделение Горонкодиспансера для оперативного вмешательства, 255 чел. или 50% были в процессе обследования признаны неоперабельными, это больные IV клинической группы (некоторым из них произведена была пробная лапаротомия, после которой установлена IV клиническая группа). Подверглись оперативному вмешательству 255 чел., из них

147 или 28,8% оперировано в III стадии заболевания. Со II стадией заболевания было 54 чел. или 15,9%, с I стадией - 24 чел. - 4%.

По проведенным наблюдениям отдаленных 3-х летних, 5-10-летних результатов имеем: продолжительность жизни свыше 5 лет после лечения /данные Горонкодиспансера/: при I стадии - 91,6%, при II стадии - 48,1%, при III стадии - 14%.

Продолжительность жизни свыше 10 лет (данные диспансера):

при I стадии - 85,7 %

при II стадии - 33 %

при III стадии - 11 %.

Вышеприведенные цифры свидетельствуют о том, что отдаленные результаты после резекции желудка по поводу рака находятся, в основном, в прямой зависимости от степени распространения опухолевого процесса и стадии заболевания.

Положительные отдаленные результаты лечения больных I-II стадий рака желудка показывают, что существует потенциальная возможность улучшения результата путем своевременной диагностики и радикального оперативного вмешательства; раннее выявление больных раком желудка, своевременное радикальное лечение и профилактика этого заболевания возможны при условии улучшения онкологической помощи населению путем систематической подготовки врачей общелечебной сети по вопросам онкологии, улучшения рентгенологического обслуживания населения, дальнейшего усовершенствования организации профилактических медицинских осмотров и качественной диспансеризации больных с предопухолевыми и подозрительными на рак желудка заболеваниями. Улучшение санитарного просвещения населения, осведом-

ленность его о предраковых заболеваниях, ранних признаках рака желудка, также будут содействовать улучшению отдаленных результатов лечения этого заболевания.

При своевременном распознавании рака желудка (I-II ст.) и радикальной операции при нем можно говорить о возможности продления жизни не менее, чем на 5 лет в 68%, а при I ст. заболевания возможность продления жизни свыше 10 лет в 85,7%.

В заключении необходимо отметить, что за последнее время в Горонкодиспансере освоен ряд оперативных вмешательств: гастрэктомия с пластикой толстой кишкой, синхронная операция на прямой кишке (работают 2 бригады врачей, операция почти бескровна и продолжается 40 минут). Интерес представляют записи операций в операционном журнале: почти каждая операция документирована макропрепаратом /фотоснимком/. Для иллюстрации приведем одну из них (рис. 44).

Широко применяются такие методы инструментального исследования, как гастроскопия, лапороскопия (С.А. Гинзбург); такой прогрессивный метод лечения, как химиотерапия, причем испытываются новые химиопрепараты по заданию института экспериментальной онкологии (Москва). На всех больных, подвергавшихся лечению, составляется анкета и направляется обратно в институт. Врачи Горонкодиспансера занимаются научной работой, готовят кандидатские диссертации: З.М. Азаркина - "Интубация при неоперабельном раке пищевода и кардии", С.А. Гинзбург - "Методы диагностики при раке желудка".

№ 395	Дата поступления 8 октября 1964г.	№ истории болезни 974
Фамилия, имя, отчество Гаврилов Василий Иванович		Возраст 36 лет
Диагноз: Рак малой кривизны желудка с метастазами в лимфатических узлах и в печени. III ст.		Название операции: Резекция 1/5 желудка с ближайшими лимфатическими узлами.
Дата операции 14 октября 1964г.		Начало _____ час. м. Конец _____ час. м.
Обезболивание: Интубационное		Доза наркоз. средств
Оператор: Горонко		Ассистенты: Сергеев
Наркотизатор: Гербман		Операционная асс.
Заметки: Гистологическое заключение: аденокарцинома низкодифференцированная с инвазией во все слои стенки желудка.		
		

Рис. 44.

Запись в операционном журнале (Горонкодиспансер
г. Свердловск) /фотокопия/.

В. Н.-Тагильский городской онкодиспансер

Онкологическая деятельность в г.Н-Тагиле начата с 1937 г. Врач Гусиков К.В. вел прием больных г.Н.Тагила и окрестных пригородных районов в онкологическом кабинете с 1937 по 1941 гг. с акушеркой Л.Я.Новокрещенных. В связи с мобилизацией врача в армию больные обслуживались только акушеркой Л.Я.Новокрещенных (рис.45). С 1946 г. по 1948 г. онкопункт оживил свою работу с приходом врача Переляевой А.В. (рис.46).

В 1948 г. в г.Н.Тагиле организуется 3 онкопункта - в каждом районе города: Тагилстроевском, Дзержинском, Ленинском. Возглавил работу городской онкологический пункт при II Горбольнице. Работу на онкопунктах вели врачи Лукьяненко А.Г., Голованова А.В., Обольник С.А., Соколенко И.Т., Зомер В.Р., а позднее - Яковлева А.А., Торшилова В.Н., Грасник Г.Т., Черкасская Р.А., Филинова Н.М., Заболотская.

До 1952 г. лечение онкологических больных проводилось в Свердловске. Незначительная часть больных получала дистанционную рентгенотерапию на 2-х аппаратах "Стабильвольт" и "Буревестник" при I и II городских больницах. Лечение проводили врачи Лукьяненко А.Г. и Зайцева П.Г.

В 1952 г. на базе I городской больницы по инициативе и при содействии гл.хирурга города Тонконогова Д.А. (рис.47) организован городской онкологический диспансер со стационаром на 50 коек и двумя поликлиническими врачебными приемами для всех больных без профилизации приемов.

В 1955 г. онкодиспансер переведен в приспособленное здание



Новокрещенева Л.А.
старейший работник - акушерка.



Передова А.В.
1943 - 1949 г.



Главный врач онкодиспансера Тонконогов Давид
Ананьевич

больничного городка IV городской больницы, где находится по настоящее время. С 1955 г. руководит работой онкодиспансера главный врач Тонконогов Л.А., с 1956 г. он заслуженный врач РСФСР.

В 1956 г. произведена профилизация поликлинических приемов больных в хирургическом и гинекологическом кабинетах.

Хирургическая деятельность с первых дней основания диспансера была возмашлена Тонконовым Л.А., что позволило сразу оказывать квалифицированную хирургическую помощь онкологическим больным. С годами совершенствовалась техника и методики оперативных вмешательств. В 1956 г. получен аппарат для эфирно-кислородного газового наркоза. Стал более совершенным наркоз — эфирно-кислородный интратрахеальный с потенцированием. Подготовлены кадры анестезиологов. Стали возможными операции на легких, трансторакальные резекции желудка и пищевода.

Лучевое лечение в онкодиспансере проводится с 1953 г., когда был получен набор радиоактивного кобальта для внутриполостной гамматерапии, подготовлены врачи: Попова А.М., Яковлева-Пентегова А.А., Фомина Н.П. Наружное облучение осуществлялось на аппарате глубокой рентгенотерапии "Буревестник".

В 1957 г. онкодиспансер получил на оснащение гамма-установку ГУТ-СО-20 и РУМ-7, в 1958 г. — ГУТ-СО-100. В 1965 г. — аппарат близкофокусной рентгенотерапии "Шауль".

В 1965 г. выстроен прибор по типовому проекту, открыто радиологическое отделение на 45 коек, заведующей отделением с момента открытия его до настоящего времени является врач Попова АМ (рис. 49).



Получение лучевой терапии с защитной дверкой в шкафах.



Рис. 48 .

Отделение лучевой терапии Н-Тагильского Горнокодиспансера .



Рис. 49.

Коллектив хирургического отделения Н-Тагильского Гор-
онкодиспансера.

В течение 1966 г. полностью освоено и введено в практическую деятельность индивидуальное составление плана лучевого лечения с применением современных новейших методов: расчет поглощения и интегральных доз в градах.

В 1965 г. установлен аппарат для дистанционной гамматерапии Луч-1, в 1968 г. получен аппарат Рокус.

С 1965 г. онкологическая помощь в г. Н. Тагиле располагает стационаром на 120 коек (95-в онкодиспансере, 15 коек-пансионат при онкодиспансере, 10 коек-при I городской больнице/. Организовано 7 онкопунктов, смотровые кабинеты при всех лечебных учреждениях города. Популярность онкодиспансера растет с каждым годом. Об этом свидетельствует количество посещений на поликлинические врачебные приемы в онкодиспансере:

Таблица 20

1956 г.	1959 г.	1962 г.	1965 г.	1966 г.
3954	7779	17908	24331	36014

Увеличивается количество обслуженных сельских жителей и других районов области. Из прикрепленных 10 районов области количество обращений с 928 в 1957 г. увеличилось до 12743 в 1963 г.

Организационно-методический кабинет онкодиспансера осуществляет методическую работу и связь с лечебными учреждениями города, области, онкопунктами города. Ведется разработка отдаленных результатов лечения больных в онкодиспансере.

В своем составе онкодиспансер имеет: хирургическое отде-

ние на 50 коек, радиологическое отделение на 45 коек с аппаратами: диагностический "Диагномакс", близкофокусной рентгенотерапии - РУМ-7 и "Шауль", аппарат глубокой рентгенотерапии - РУМ-II, кабинет для лечения радиоактивным кобальтом, 2 кабинета гамматерапии для ГУТ-СО-400 и Луч-I, Рокус, дозиметрическую лабораторию; Поликлиническое отделение с 3-мя приемами (хирургический, гинекологический, отоларингологический), Клинико-диагностическую, патогистологическую лаборатории, Кабинет функциональной диагностики, организационно-методический кабинет. Онкодиспансер располагает всеми видами современных методов диагностики и лечения онкологических больных. В онкодиспансере проводится: цистоскопия, бронхоскопия, эзофагоскопия, ректороманоскопия, наложение искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума, диатермокоагуляция, ангиопульмонография, томография, пневмомедиастинография, кольпоскопия. В кабинете функциональной диагностики освоена спирография, поднаркозная бронхоскопия.

Для наблюдения за больными на аппаратах дистанционной гамматерапии ГУТ-СО-400 и "Луч-I" имеются телевизионные установки. Телевизионная установка имеется и в операционной. Врачи систематически совершенствуются на базе центральных институтов усовершенствования врачей Ленинграда и Москвы.

Выросли кадры квалифицированных врачей онкологов-хирургов: Чистяков И.А., Торшилова В.Н., Филинова Н.М., радиологи: Попова, Пентегова, Ромина, получившие первую квалификационную категорию в 1966 г. (рис. 49, 50).

С основания онкодиспансера работают врачи: Пентегова А.А., Филинова Н.М., Мороз А.Л., Попова; средние медицинские работники: Ленизова А.Н., Ефимочкина Е.П., Чекурова Р.Ф., Лудникова Н.И.



Рис. 50.

Коллектив отделения лучевой терапии Н-Тагильского
Горонкодиспансера.



Аппарат рентгеновский универсальный РР-15. Зав. Горюха А.В.



Аппарат рентгеновский универсальный РР-66-100. Зав. Горюха А.В.

Рис. 51.

Аппаратура лучевого отделения Н-Тагильского
Горнокодиспансера.

Значительный вклад внесла в развитие онкодиспансера врач-рентгенодиагност Григорьева Е.В. В настоящее время главным врачом является канд. мед. наук Г.Н. Чайковский.

Результатом работы онкодиспансера является отсутствие запущенных случаев рака нижней губы, кожи, рака шейки матки. Отмечается значительное снижение заболеваемости рака женских половых органов, благодаря организации плановых профилактических осмотров населения, организации смотровых кабинетов, что способствовало раннему выявлению рака женских половых органов.

Имея новейшее оснащение, квалифицированные кадры врачей, в онкодиспансере осуществляется комплексное лечение онкологических больных (хирургическое, лучевое, химиотерапия, гормонотерапия).

Таблица 21

Снижение заболеваемости по раку шейки матки (в интенсивных показателях на 100.000 населения)

<u>1963 г.</u>	<u>1964 г.</u>	<u>1965 г.</u>	<u>1966 г.</u>
23,5	24,0	17,4	13,8

Снизился процент запущенности по злокачественным новообразованиям в целом.

Таблица 22

Годы	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Процент:	18,8	16,3	18,04	15,5	12,4	9,3	8,75	13,5	13,0

Расширилась онкологическая помощь населению Н-Тагила.

Таблица 23

<u>1948 г.</u>	<u>1952 г.</u>	<u>1959 г.</u>	<u>1960 г.</u>	<u>1965 г.</u>
10оек	60оек	75оек	100оек	120оек

Увеличилось количество больных на диспансерном учете в онкодиспансере:

Таблица 24

<u>1958 г.</u>	<u>1960 г.</u>	<u>1962 г.</u>	<u>1964 г.</u>	<u>1965 г.</u>	<u>1966 г.</u>
870	1542	1894	2953	3191	3049

С 1952 г. в онкодиспансере заведены карточки эффективности лечения на всех выписанных больных.

В 1959 г. начато изучение отдаленных результатов лечения рака шейки матки, молочной железы, желудка.

В качестве I этапа эти данные представлены за 1952-1955 гг. Так, по раку шейки матки получены следующие данные: живы 3 года и более.

<u>Стадия</u>	<u>К леченым</u>	<u>К прослеженным</u>
I	75,3	84,4
II	61,9	66
III	30	43,9

С 1965 г. поликлиническое отделение работает по типу "открытых дверей".

Г) Краснотурьинский городской онкодиспансер

Касаясь истории развития онкологической помощи населению в г. Краснотурьинске, нужно сказать, что впервые в 1947 г., в городе был организован онкологический кабинет. В 1950 г. онкологический кабинет был реорганизован в онкологический пункт. В 1957 г. в Краснотурьинске был открыт онкологический диспансер на 35 коек. В 1959 г. получен прирост 15 коек и к 1963 г. диспансер имел 50 коек.

Диспансер по приказу Министерства здравоохранения СССР за №-328 относится к I категории (рис. 52). Работающие в диспансере врачи имеют специальную онкологическую подготовку (рис. 53). Диспансер имеет все необходимое медицинское оборудование для лечения онкологических больных: хорошо оснащенную операционную,



Рис. 52. Краснотурьинский городской онкологический
диспансер.



Рис. 53. Коллектив Краснотурьинского онкологического диспансера (в центре гл. врач
А. И. Ракитина).

аппараты для лучевой терапии: (РУМ-3, РУМ-7, IUT-СO-400), препараты радиоактивных изотопов (рис. 54).



Рис. 54. Кабинет глубокой рентгенотерапии Краснотурьинского городского онкодиспансера.

В городе имеется объединенное городское патологоанатомическое отделение с хорошо оборудованной патогистологической лабораторией и врачом высокой квалификации.

Диспансер обслуживает больных не только города Краснотурьинска, но также и некоторые города Северного Урала: Карпинск, Северсуральск, Серов, Н.Ляля, Лобва, Ивдель, Верхотурье, Волчанск и Гаринский район.

По выполняемой работе диспансер является не городским, как он именуется, а межрайонным. В своей работе диспансер руковод-

ствуется планом работы, основные пункты которого направлены на то, чтобы снизить, а по некоторым локализациям ликвидировать запущенные случаи рака.

Если проследить по годам основной показатель - процент больных IV кл. группы, то можно сказать, что этот показатель находится в прямой зависимости от проводимых в городе профилактических мероприятий и качества учета онкологических больных.

1957 г. - 9,3%, 1958 г. - 38,2%, 1959 г. - 20,1%, 1960 г. - 11,2%, 1961 г. - 8,0%, 1962 г. - 13,2%. 9,3% в 1957 г. - показатель не объективный, т.к. не было диспансера, и больные просто не учитывались. 38,2% в 1958 г. - цифра реальная, правильная. Объяснение этой цифры очень простое. В 1957 г. открылся диспансер, все больные были учтены, данные сверены с ЗАГСом, и отсюда такой высокий процент запущенных форм рака. В 1959 г. - 20,1% это снижение тоже объяснимо. Было налажено проведение профилактических онкологических осмотров в поликлиниках, женских консультациях, открылись смотровые кабинеты, усилилась лекционная пропаганда по онкологическим вопросам, проведены семинары с медицинскими работниками и, наконец, проведен во II кв. 1959 г. противо-раковый десадник, в течение которого все медицинские работники города прочитали массу лекций и бесед с охватом слушателей 17000 чел. За 10 дней было подвергнуто профилактическим онкологическим осмотрам 7000 человек и т.д. 11,2% в 1960 г. - естественны, проведенная такая большая санитарно-профилактическая работа и профилактические мероприятия сказались и на результатах работы 1960 г.

Такое мероприятие как противораковый декадник имел свои положительные стороны, и в 1961 г. в городе был проведен уже противораковый месячник, где перед медицинскими работниками города была поставлена такая задача: довести знание о первых признаках рака до каждой семьи. С этой целью было распространено 63000 брошюр о первых признаках рака. Для женщин была размножена брошюра "Профилактический осмотр предохраняет здоровье женщины" и распространена в количестве 25000 экземпляров. Результатом такого массового мероприятия явилось то, что процент больных с IV кл. группы в 1961 г. был 8 %.

С 1959 г. в городе налажен деловой контакт между лечебными учреждениями и улучшилась работа в женской консультации по лечению эрозии шейки матки и профилактическому осмотру женщин.

Анализируя причины запущенных форм рака нужно сказать, что еще высок процент клинических ошибок в результате неполного обследования больных. Рентгенологические ошибки при таких локализациях, как желудочно-кишечный тракт и легкие, за последние годы стали встречаться реже.

Проводятся мероприятия, направленные на повышение онкологических знаний врачей и средних медицинских работников общей лечебной сети в виде семинаров, конференций, демонстраций больных и др.

Так, за 1962 г. для медработников был прочитан цикл лекций по онкологии. В поликлиниках организованы смотровые кабинеты, которыми осмотрено большое количество женщин и выявлено много патологии. Больше появилось больных с предраковыми заболеваниями, которые своевременно вылечиваются. В лечебной работе приме-

нялись все доступные химиотерапевтические препараты. Всесторонняя хирургическая помощь больным оказывается в лечебных учреждениях города. Основные хирургические вмешательства выполнялись в онкодиспансере, где освоен и применяется интратрахеальный нарийз.

Операции в грудной полости выполнялись в торакальном отделении 2-й больницы.

С 1962 г. в комплексе лечения злокачественных новообразований широко применяются химиотерапевтические и гормональные препараты. Врачи, работающие в диспансере, разрабатывают отдаленные результаты лечения по отдельным локализациям, например раку молочной железы и раку шейки матки. Так, в 1960 г. на межобластной научной онкологической конференции А.И.Ракитина выступила с докладом "Отдаленные результаты лечения рака молочной железы по материалам Краснотурьинского онкодиспансера за 13 лет".

С 1960 г. диспансер участвует в общественном смотре лечебных учреждений и занимает ежегодно первое место. С 1964 г. участвует в соревновании за коммунистическое отношение к труду. В коллективе работает 77% ударников коммунистического труда. В канун 49-й годовщины Великого Октября 4/XI-66 г. на совместном заседании Медсовета облздравотдела и президиума обкома союза медработников, коллективу диспансера было присвоено звание коммунистического. Со дня основания в диспансере трудятся: мл.врач Ракитина А.И., врач-рентгенотерапевт Пинаева А.Г., врач-онколог Красильникова И.Н., ст.медсестра Глазунова Г.В., санитарка Линдт Э.Ф., рентгено-лаборанты Ютман О.Э. и Михайлова П.И./рис.53/

д) История организации онкологической помощи
в городе Каменск-Уральском.
Каменск-Уральский горонкодиспансер.

В послевоенные годы 1947-48 гг. на базе хирургических отделений 1-2-3 городских больниц было выделено 10 коек для оказания хирургической помощи онкологическим больным. В этот-же период в городе организовано 2 онкокабинета (Синарском и Красногорском районах), которые осуществляют диспансерное наблюдение за больными, проводят организационные и профилактические мероприятия по онкологии, учету, ранней диагностике и т.д.

В Красногорском районе работает врач прошедший специализацию по онкологии. Штат онкокабинетов - 1,5 ст. врача, 2 ст. м/сестры. При поликлинике № 1 с ноября 1952 года функционирует кабинет глубокой рентгенотерапии. 15 сентября 1961 года в городе открылся онкологический диспансер со стационаром на 15 коек, включая две "активные" койки для лечения больных радиоактивным кобальтом. В 1963 г. количество коек в стационаре достигает 35, открывается кабинет близкофокусной Р-терапии, рентгенодиагностический кабинет.

С 1963 года один из врачей диспансера проходит специализацию по общей онкологии в ГИДУВе, в 1964 г. проходит специализацию врач радиолог. В 1965 г. количество коек достигает 50, выделяется отделение лучевой терапии на 25 коек с тремя активными. С 1.УШ.69 г. число коек диспансера увеличилось до 75.

Соответственно возрастают штаты с 22,0 в 1961 г. до 97,5 в 1968 г. Возрастает число поступлений к врачам в поликлинике с 1901 - в 1961 г. до 12394 в 1968 г. Увеличивается число использованных больных в стационаре (59 - в 1961 г., 596 - в 1968 г.)

В 1968 г. профосмотрами было охвачено 31938 на злокачественные заболевания.



Врачи Каменск-Уральского Горонкодиспансера (справа налево): ПАНИХИДЕНКО В.И. - главный врач онкодиспансера, главный хирург города; СУСЛОВ А.И. - зав. хирургическим отделением Горонкодиспансера; ЗУЕВ Г.Н. - зав. рентгено-диагностическим кабинетом; ЗУЕВА В.П. - анестезиолог; ПЕТРУНИН А.С. - хирург онкодиспансера, ОБЕРТ М.В. - зав. рентгено-терапевтическим кабинетом; ШУМКОВ К.А. - зав. радиологическим отделением.

Организируются бригадные выезды на село с целью приближения специализированной помощи населению обслуживаемого района. В настоящее время ведется строительство типового онкологического диспансера на 90 коек с 30 койечным пансионатом и радиологическим корпусом на 18 активных коек (с отделением радиоизотопной диагностики и гамма-терапевтической установкой "луч").

Б) Онкологическое отделение областной
клинической больницы

Свердловская областная клиническая больница № I существует почти 160 лет. Она возникла на базе старейшей на Урале Верх-Исетской больницы, которая была открыта в 1810 г. в виде "Госпиталя" на 30 коек с амбулаторией.

Первым врачом в этой больнице был Вагнер, проработавший в ней 25 лет. С 1859 г. больницу возглавил А.А. Миславский, о деятельности которого нами подробно написано во II главе.

В 1909 г. больницу возглавил земский врач Леонид Васильевич Лепешинский, проработавший здесь бессменно 40 лет (рис. 55).

Л.В. Лепешинский родился в марте 1870 г. в г. Могилеве. В 1897 г. он окончил медицинский факультет Томского университета и начал работать в больницах Екатеринбургского земства. В течение 12 лет он работал сначала в Большой Бруснянской, затем в Билимбаевской больницах. Как и многие другие врачи на Урале, в этот период он оставался "врачом-универсалом". Однако уже с 3 курса университета он поставил своей целью работу в области хирургии.

Его мечта полностью осуществилась в Верх-Исетской больнице, где он сформировался как активный хирург. В операционных журна -

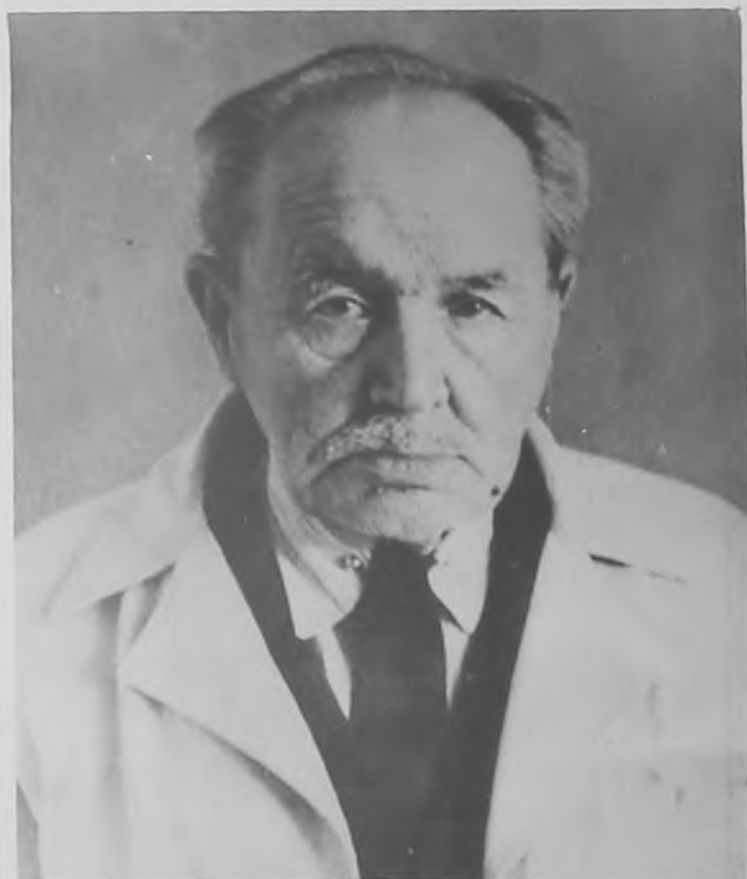


Рис. 55. Заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук Л. В. Лепешинский.

лах, сохранившихся в больнице, зафиксированы разнообразные операции, произведенные Лепешинским. Здесь встречаются операции гинекологические, урологические, онкологические, травматологические. Л. В. Лепешинский никогда не отличал "большой" и "малой" хирургии, он с одинаковой готовностью и энтузиазмом брался за экстирпации матки, струмактомии, операции на печени, почках и до последних дней своей работы сам производил грыжесечение, аппендактомии, секвестротомии и даже обычные разрезы.

Л.В.Лепешинский был оригинальным и самобытным хирургом. Им введена строжайшая асептика, многие операции он делал по своей чрезвычайно щадящей ткани методике. Он много работал над научным обобщением своего богатейшего практического материала. Им написаны содержательные монографии для практических врачей: "Страницы из хирургии воспалительных процессов брюшной полости (записки хирурга)", изд. в 1940 г., и "Зоб (записки хирурга)", выдержавшей три издания (последнее в 1948 г.).

За работу по обобщению многолетнего опыта и анализ большого практического материала Ученый Совет Свердловского государственного медицинского института присудил Л.В.Лепешинскому в 1948 г. ученую степень кандидата медицинских наук.

Л.В.Лепешинский - крупнейший представитель врачей земской медицины. Он прекрасный диагност, обогащенный богатым практическим опытом, высоко квалифицированный разносторонний врач и хирург, чрезвычайно отзывчивый и добрейший человек. Л.В.Лепешинский пользовался заслуженно огромным уважением и любовью нескольких поколений рабочих Верх-Исетского металлургического завода, населения Урала. Особенно широко развернулась деятельность Л.В.Лепешинского после Великого Октября. Л.В.Лепешинский занимался активно большой общественной работой.

В 1929 г. он избирается членом Свердловского горсовета, в 1930-1931 гг. - членом Исполкома Верх-Исетского райсовета. За свои заслуги перед родиной он был в 1935 г. награжден Орденом Трудового Красного Знамени, в 1944 г. - Почетной Грамотой Президиума Верховного Совета СССР, а в 1945 г. - орденом Ленина, в этом же году он получил звание Заслуженного врача РСФСР.

В 1944 г. в связи с 35-летием врачебной деятельности Л.В.Ле-

пешинского 2-му хирургическому отделению Областной клинической больницы №-1 присвоено имя Л.В.Лепешинского.

С ноября месяца 1965 г. Свердловская городская больница №-33 Верх-Исетского района по ходатайству рабочих Верх-Исетского завода носит имя Л.В.Лепешинского.

Умер Л.В.Лепешинский 29 ноября 1949 г. на 80-том году жизни. На могиле установлен скромный памятник-обелиск, на фронтоне надпись: "Леонид Васильевич Лепешинский - заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук, 1870-1949 гг."

Вторым выдающимся врачом был Василий Константинович Шамарин (рис. 56).



Рис. 56. В.К.Шамарин - первый профессор-хирург на Урале.

Он пришел в больницу, имея большой опыт земской работы и службы в армии.

В.К.Шамарин был одним из первых профессоров на Урале и первым хирургом Верх-Исетской больницы, имевшим звание профессора. Его популярность и авторитет в те годы среди врачей были исключительными. К нему собирались многие участковые врачи, которые стремились повысить уровень хирургической работы на участках и на заводах. В.К.Шамарин явился первым воспитателем участковых врачей-хирургов Урала.

Одновременно он стремился к организации специализированной хирургической помощи, в особенности урологии. Он систематизировал методику урологических исследований, ввел хромоцистоскопию и развил оперативную урологию, а в последующем организовал в больнице первое на Урале урологическое отделение.

Василий Константинович Шамарин родился в 1877 г. в Камском заводе Пермской губернии, Камышловского уезда. Среднее образование получил в Екатеринбургской классической гимназии, которую окончил в 1897 г. В этом же году поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1903 г., и начал работать штатным ассистентом хирургического отделения Московской Бахрушинской больницы.

Во время русско-японской войны в 1904 г. был призван на военную службу и состоял ординатором хирургического отделения Омского Военного госпиталя.

В 1906 г. поступил на службу в Сапожковское земство Рязанской губернии, где заведовал хирургической земской больницей.

В 1909 г. оставил земскую службу и для усовершенствования

в хирургии выехал за границу: посещал и работал в хирургических клиниках Берлина, Парижа и Вены (проф. Бир, Лежар и др.). По возвращении из-за границы поступил ординатором в госпитальную хирургическую клинику проф. С. П. Федорова при Военно-медицинской Академии.

В 1913 г. сдал экзамен на степень доктора медицины при Военно-медицинской Академии. Диссертацию на тему "Гипернефрома почек" защитить не успел вследствие объявления русско-германской войны. В июле месяце 1914 г. был мобилизован на военную службу и состоял старшим хирургом хирургического подвижного госпиталя Красного Креста при 26-м армейском корпусе.

С 1918 г. состоял старшим хирургом различных хирургических госпиталей в г. Екатеринбурге.

После открытия Уральского госуниверситета в 1920 г. В. К. Шамарин избран заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета. В 1921 г. он был утвержден в звании профессора.

В последующие годы В. К. Шамарин занимался вопросами развития урологии и внес значительный вклад в развитие урологической помощи на Урале.

Среди его работ были и онкологического профиля. Достаточно указать на следующие: "О раковых новообразованиях мужских половых органов", "Гипернефрома почек" и др.

Третьим выдающимся врачом был Виктор Борисович Бродовский - организатор оториноларингологической помощи на Урале (рис. 57). Виктор Борисович Бродовский родился 14 (26) июля 1893 г. в гор. Моршанске, Тамбовской губернии, в семье земского врача. В 1913 г.



Рис. 57. В.Б.Бродовский — один из пионеров
оториноларингологии на Урале.

он окончил Екатеринбургскую гимназию и в том же году поступил на медицинский факультет Казанского университета, но в связи с гражданской войной диплом врача получил лишь в 1922 г.

10 апреля 1923 г. он пришел в Верх-Исетскую больницу. В этой больнице при самом активном участии В.Б.Бродовского было организовано первое на Урале отделение уха, горла и носа. С первых шагов самостоятельной работы В.Б.Бродовский настойчиво совершенствовал свое врачебное мастерство. Так, за первые 25 лет он произвел более 500 операций, в числе которых было много онкологического профиля; первый на Урале он стал производить сам

и широко популяризировать метод эзофэгоскопии и бронхоскопии для удаления инородных тел из пищевода и бронха. Таким образом, с полным правом его можно назвать пионером этих методов клинического исследования на Урале.

В годы Великой Отечественной войны В.Б.Бродовский работал начальником ушного отделения окружного военного госпиталя.

Им написано 22 научных работы, из которых 11 опубликованы в печати.

В.Б.Бродовский является одним из организаторов Свердловского оториноларингологического общества.

В.Б.Бродовский пользуется огромным авторитетом и, несмотря на свой преклонный возраст, продолжает оказывать действительную помощь больным.

С приходом Советской власти начался новый период работы Верх-Исетской больницы.

Хирургическую работу первым восстанавливал Л.В.Лепашинский. К 1937 г. больница располагала уже всеми методами обследования, диагностики и лечения больных, а также почти всеми специальными.

Наличие мощных лабораторий: клинической, биохимической, серологической и экспериментальной - обусловило развитие не только практической, но и педагогической и большой научной работы. С этого времени больница располагает всеми видами современной хирургической аппаратуры и инструментарием для сложных исследований и операций.

На базе материала больницы успешно защищают и получают одними из первых на Урале звания кандидатов медицинских наук.

А.Е.Норенберг, М.Г.Зайцев, М.И.Сахаров, Э.Л.Файвишенко, А.Ф.Зверев, Б.П.Кириллов, Г.А.Ивановский и Н.Н.Девятков /М.С.Левченко, 191/.

Особенно широко развернулась деятельность кандидата медицинских наук приват-доцента А.А.Покровской (рис. 58).



Рис. 58. Приват-доцент А.А.Покровская.

Она была хорошим педагогом, хирургом и обладала большими организаторскими способностями. При её непосредственном участии был создан в больнице пункт переливания крови. А.А.Покровская умерла в 1939 г., оставив после себя много научных работ, из которых наиболее ценными являются работы по язвенной болезни

желудка и 12 п.к. и по переливанию крови.

С 1940 г. на базе Областной клинической больницы развернута факультетская хирургическая клиника, руководимая проф. Л.М.Ратнером. Одним из 3-х отделений с 1948 г. было онкологическое, которым заведывала доктор медицинских наук А.Н.Скобунова. В настоящее время этим отделением заведует к.м.н. М.В.Шадрина. За короткий срок существования онкологического отделения на его материале были написаны и защищены кандидатская диссертация О.М.Ведениной на тему о предраке грудной железы, диссертация Н.У.Хайновского об *amputatio interinomina abdominalis* и закончен ряд журнальных статей на онкологические темы /М.С.Левченко - 191/.

На протяжении ряда последующих лет онкологическая тематика все время была в плане научных работ кафедры факультетской хирургии, возглавляемой проф.В.Ф.Колосовской (подробно по этому вопросу нами написано в IV главе).

Онкологическое отделение Областной клинической больницы располагает 60 койками, где проводится хирургическое и комбинированное лечение онкологических больных. При поликлиническом отделении работает кабинет глубокой рентгенотерапии.

Профилизация коек в онкологическом отделении представлена в таблице 25.

В 1963 г. на базе терапевтического отделения были выделены 20 коек для гематологических больных.

За годы Советской власти в больнице увеличились коечная сеть, число штатных должностей, число врачей и среднего медперсонала, число выездов в лечучреждения области, число произведенных операций.

Таблица 25

	1940	1945	1950	1955	1960	1966	1967
В с е г о	60	70	65	68	60	60	60
В том числе:							
Хирургические	-	-	15	23	15	10	-
Онкологические	-	-	50	25	25	50	60
Зубные	-	-	-	20	20		

Так, число коек в стационаре увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1810 г. - в 13 раз (с 30 до 400),

с 1917 г. - в 4 раза (с 100 до 400),

с 1948 г. - на 15 коек.

Число штатных должностей в целом по объединению увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1948 г. - в 1,8 раза.

Число врачей увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1917 г. в 24 раза - с 4 до 94; с 1948 г. - в 2,4 раза - с 36 до 96.

Число среднего медперсонала увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1917 г. почти в 16 раз (с 12 до 189),

с 1940 г. - в 2,5 раза (с 32 до 189),

с 1948 г. - в 1,8 раза (с 82 до 189).

Число врачебных специальностей увеличилось до 31.

Число выездов в лечучреждения области увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1948 г. более чем в 20 раз - с 73 до 1540.

Число произведенных операций увеличилось в 1966 г. при сравнении с 1948 г. - в 6 раз (с 123 до 733).

Улучшаются показатели хирургической работы. Так например, послеоперационная летальность после резекции желудка при злокачественных опухолях с годами снизилась:

<u>1957</u>	<u>1958</u>	<u>1960</u>	<u>1965</u>
22,2	18,0	5,5	2 из 29

О структуре онкологической летальности по Свердловской области мы в какой-то мере можем судить по больничной летальности при некоторых заболеваниях (в %) по ОКБ №1.

Таблица 26

	1948	1955	1958	1960	1965	1966
Ревматические пороки сердца	7,0	14,3	10,2	8,3	7,6	7,4
Гипертоническая болезнь	8,8	5,3	4,1	3,3	3,5	3,6
Инфаркт миокарда	2,5	2,8	3,2	3,3	3,5	3,5
Злокачественные новообразования	10,3	13,7	11,2	11,4	10,2	12,5
Крупозные пневмонии	0,9	2,9	-	-	-	-
Язвенная болезнь желудка и 12 п.к.	4,5	2,2	1,8	2,5	4,0	2,8
Травмы	4,5	2,2	2,5	1,9	1,1	1,8
О т и т ы	1,3	2,3	2,5	-	0,5	1,1
Аппендициты	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
Болезни печени и желчного пузыря	4,2	2,0	0,7	1,7	3,3	3,6

По данным К.Ф.Новиковой (1968)^{х)}, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы по Свердловской области занимает ведущее место среди всех причин смерти населения и составляет по годам (в том числе при поражении сосудов головного мозга)/экстенсивный показатель в %/: 1958-37,5; 1959-38,0; 1960-38,3; 1961-38,9; 1962-39,3; 1963-41,4.

х) К.Ф.Новикова "Материалы эпидемиологии инфаркта миокарда и его ранней антикоагулянтной терапии по г.Свердловску".
Автореферат кандидатской диссертации.г.Свердловск 1968 г.

Из таблицы видно, что первое место по летальности занимают сердечно-сосудистые заболевания, на 2-м - злокачественные новообразования.

Изучение протоколов вскрытий трупов 2102 взрослых людей, умерших от различных заболеваний в Свердловской ОКБ №1 за последние 15 лет /З.Брызгалова, В.Трофимова - 48/, показало, что опухоли как основные нозологические формы наблюдались в 26,2% всех секций.

Первое место по частоте занимает рак желудка, удельный вес которого по отношению ко всем злокачественным новообразованиям составил 33% (у мужчин чаще, чем у женщин - 61,4%).

Второе место в структуре онкологической смертности занимает рак легкого - 9,2% всех опухолей.

Опухоли головного мозга, составляя 7,7% всех новообразований, занимают по частоте третье место.

Рак поджелудочной железы выявлен в 6% всех злокачественных опухолей, первичный рак печени - в 5,4%.

Максимальное количество умерших (75-90%) от опухолей перечисленных локализаций приходится на возрастную группу 40-69 лет.

Среди остальных локализаций раковых опухолей наиболее часто обнаруживались рак мочевого пузыря, прямой кишки, пищевода.

III) Развитие онкологии на Свердловской железной дороге

Вопросам истории развития железнодорожной медицины посвящено немного работ. Об этом говорит и библиографический указатель "Железнодорожная литература СССР" раздел "Врачебно-санитарное

дело на железнодорожном транспорте", который мы просмотрели за период с 1940 по 1965 год.

Здесь прежде всего хочется отметить исследования В.Р.Фрида. В 1949 г. он выступил с докладом "Приоритет русских врачей в формировании железнодорожной медицины" на научной сессии центральной научно-исследовательской лаборатории гигиены и эпидемиологии МПС. Тезисы доклада были опубликованы. В этом же году он защитил кандидатскую диссертацию "Возникновение русской железнодорожной медицины и основные вехи ее развития". Большое значение в разработке вопросов истории железнодорожной медицины имеют сборники научных работ врачей железных дорог. Так, например, в сборнике научных работ врачей Карельской АССР 1959 г., в частности, представлена статья Г.Я.Стрепетова "Здравоохранение на Карельской железной дороге за 40 лет". В числе этих работ имеются и наши труды "Краткий исторический очерк развития Свердловской железнодорожной больницы", помещенный в "Вопросах клинической хирургии". Сборник приурочен к 65-летию Свердловской железнодорожной больницы /Ю.Э.Соркин и Н.Д.Семенова, 376/.

Касаясь интересующего нас вопроса - истории развития онкологической службы на железнодорожном транспорте, мы можем, прежде всего, сослаться на труды 2-й юбилейной онкологической конференции врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской железной дороги, Ростов-на-Дону, 1958 г.

А.С.Широков выступил с докладом "Развитие онкологической помощи на Северо-Кавказской железной дороге за 25 лет (1932-1957 гг.) /А.С.Широков, 458/.

Из доклада В.Я.Чурановой "Некоторые итоги работы онкологи-

ческой службы сети железных дорог СССР" на 2-й юбилейной онкологической конференции врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской железной дороги, в 1958 г. мы можем получить некоторые представления об онкологических кадрах, о структуре злокачественных опухолей, о ранней диагностике онкологических больных на железнодорожном транспорте /Л.Я.Чуранова, 437/.

Так, на 1958 г. в лечебной сети железной дороги имелось 13 онкодиспансерных отделений /342 койки/. Рентгенодиагностических и рентгено-терапевтических аппаратов было 87. Радий был на 7 дорогах (Куйбышевская, Октябрьская, Туркестано-Сибирская, Юго-Западная, Закавказская, Приволжская, Свердловская). Телегамма-установка - лишь в Закавказском онкодиспансерном отделении.

Таблица 27

Врачей онкологов было	в 1946 г. - 25,	в 1956 г. - 218.
Средних медицинских работников	" - 43,	" - 230.

Несколько улучшилась ранняя диагностика онкологических больных.

Таблица 28

	<u>1951 г.</u>	<u>1955 г.</u>	<u>1956 г.</u>
	37,9%		42%
В том числе:			
по раку желудка		25,6%	31,8%
по раку шейки матки		45,6	49,2
по раку бронхов и легких		8,1	9,7

Структура онкологических заболеваний на транспорте (1948-1952 гг.):

Таблица 29

Рак желудка	- 30,9 %
Рак шейки матки	- 16,2 %
Рак кожи	- 13,3 %
Рак полости рта	- 9,1 %
Рак молочной железы	- 7,4 %
Рак бронхов и легких	- 5,3 %.

В 1955 г. рак легких занял 5-е место, а в 1956 г. - 4-е, а вот данные за 1967 год:

Таблица 30

Рак желудка	- 29,4
Рак легких	- 13,5
Рак матки	- 11,2
Рак кожи	- 11,1
Рак молочной железы	- 6,2
Рак нижней губы	- 4,4
Рак прямой кишки	- 2,5
Рак гортани	- 2,3

Таким образом, рак легкого вышел на 2-е место.

В 1956 г. из находящихся на учете больных с предопухолевыми заболеваниями, снято с учета 51%, и только 2,8% оказались больными раком.

Интерес представляют статьи в Сборнике трудов врачей Южно-Уральской железной дороги, 1965 г. Т.М.Овчинникова в статье "10 лет 2-й дорожной больницы Южно-Уральской железной дороги (1954-1964)" отметила: "В 1954 г. открыта 2-я дорожная больница Южно-Уральской железной дороги на 200 коек, в том числе 54 он-

кологических. Организатором онкологического отделения был заслуженный врач РСФСР И. Н. Назаров – ученик проф. Л. М. Ратнера. С февраля 1961 г. в отделении стали выполняться операции на желудочно-кишечном тракте с применением механического шва. С успехом применен новый метод операции гастростомии – трубчатого-клапанный".

В трудах врачей Южно-Уральской железной дороги в 1960 г. И. Н. Назаров опубликовал статью "Анализ причин запущенных случаев рака за 6-ти летний период (1954-1959) по материалам онкологического отделения 2-й дорожной больницы Южно-Уральской железной дороги". Из следующей таблицы мы видим:

Таблица 31

Неполноценное обследование	Длительное обследование	Рентгенологические ошибки	Несвоевременное обращение
25,4%	14,9 %	10,6 %	18,6 %

Следовательно, основной причиной запущенности являются диагностические ошибки, отсюда: – снижение запущенности рака – дело самих врачей.

В статье А. И. Зюзиной^{х)} "Анализ заболеваемости раком среди работников магистрали" разбирается вопрос о краевых особенностях возникновения и распространения злокачественных опухолей.

Автор пишет: "При изучении 3174 историй болезни больных со злокачественными новообразованиями за 12 лет с 1950 по 1962 год

^{х)} Сборник трудов врачей Южно-Уральской железной дороги, 1965 г.

у работников Южно-Уральской железной дороги каких-либо особенностей, свойственных краевой патологии, не отмечено. Однако, отмечается сравнительная частота заболеваний раком желудка, легкого, нижней губы у работников службы пути и прочих групп, деятельность которых проходит в аналогичных условиях с профессией службы пути" /А.И.Зюзина, 125/.

Организация планомерной онкологической помощи на Свердловской железной дороге относится к 1947 г., когда на базе Свердловской дорожной поликлиники стал функционировать дорожный онкопункт, а на линии 4 онкокабинета: ст.Свердловск-Сортировочная, ст.Н-Тагил, ст.Егоршино. Однако среди врачей лечебных учреждений Пермской железной дороги и до этого периода было немало замечательных специалистов, широко занимавшихся хирургией, в том числе и злокачественных опухолей. К ним относятся А.Ю.Левицкий (Вятская железнодорожная больница), А.Н.Меньшиков (Вятская жел.дор.больница, Екатеринбургская жел.дор.больница), М.П.Соколов (Екатеринбургская жел.дор.больница), Б.Л.Гордон-Клячко (Чусовская жел.дор.больница).

Большой вклад в развитие хирургии на Урале внес М.П.Соколов. М.П.Соколов выступает с научными докладами и демонстрациями случаев и препаратов. Достаточно сказать, что им впервые на Урале в октябре месяце 1907 г. произведена резекция желудка по поводу рака его. В 1916-1919 гг. он был председателем Уральского медицинского общества. На страницах периодического журнала "Записки Уральского медицинского общества" был помещен ряд интересных случаев М.П.Соколова. В их числе - демонстрация препарата саркомы лопатки. Опухоль удалена с лопаткой и прикрепляющимися к ней мышцами, с сохранением больному руки.

Видным хирургом своего времени был Александр Николаевич Меньшиков, который начал свой трудовой путь врача в 1898 г. на участке Чусовая - Н.Тагил. Наибольшего расцвета талант А.Н.Меньшикова достиг после Великого Октября, он был назначен заведующим хирургическим отделением Екатеринбургской железнодорожной больницы в 1919 г. и пребывал в этой должности до 1940 г.

В 1920 г. по инициативе В.И.Ленина в Екатеринбурге был открыт Уральский Госуниверситет. На базе хирургического отделения железнодорожной больницы в 1923-1924 гг. была организована госпитальная хирургическая клиника, руководителем клиники был назначен А.Н.Меньшиков. Клиника в больнице просуществовала 5 лет.

В течение 26 лет, работая на транспорте, А.Н.Меньшиков сделал свыше 25 тысяч хирургических операций, из которых многие были сложнейшими. Среди этих операций встречались онкологического профиля. В архиве больницы сохранился операционный журнал, датированный 1924 годом. В нем из месяца в месяц записывались рукой хирурга Меньшикова все оперативные вмешательства и большие, и малые, в конце месяца подводился итог - название операций, количество последних, количество наркозов (рис. 5).

Вот некоторые операции онкологического профиля, произведенные хирургом А.Н.Меньшиковым: ампутации рака грудной железы, иссечение рака нижней губы с пластикой губы, экстирпация прямой кишки при раке (больная оперирована в октябре месяце 1924 г., при проверке 29/VI-1930 г. - рецидива нет), иссечение опухоли челюсти, гастроэнтеростомия при раке желудка, ампутация языка при раке с вылучением желез, саркома кишки, сращенная с почкой, селезенкой - пробная лапоротомия (май 1926 г.), опухоль почки -

[illegible]

Рис. 59. Запись в операционном журнале хирурга А. Н. Меншикова.

нефрэктомия, удаление матки при раке, иссечение опухоли илеоцекального угла.

В перечне операций мы не встретились с резекцией желудка по поводу рака, операции чаще кончались либо пробной лапаротомией, либо наложением гастроэнтероанастомоза, ибо больные поступали уже в запущенной стадии заболевания. Но, с другой стороны, в то время, например в 1930 г., в ряде случаев по техническим причинам нельзя было провести радикальную операцию.

В 1924 г. был оборудован рентгеновский кабинет, для получения рентгеновского аппарата начальник хирургического отделения А.Н.Меньшиков выезжал в г.Вятку. В это же время возникла и клинико-диагностическая лаборатория, была оборудована патологическая лаборатория. Все это улучшило в какой-то степени и диагностику злокачественных опухолей. Следующий этап развития хирургии в Свердловской железнодорожной больнице связан с именем В.Е.Одинцова и В.И.Циренщикова.

Владимир Елисеевич Одинцов (рис. 60) - высокоэрудированный хирург-заведывал хирургическим отделением больницы с 1934 г. В его арсенале много операций по поводу злокачественных опухолей. Он занимался и научной работой, перу этого хирурга принадлежит около 20 работ, из которых одна - "Опыт плановой борьбы с аппендицитом на Свердловском железнодорожном узле с сентября 1937 г. по 1 января 1944 г." - кандидатская диссертация, ^{которая} успешно им защищена в 1945 г. В 1938-1939 гг. Одинцовым произведено несколько тотальных резекций желудка по поводу рака.

С 1942 г. зав.хирургическим отделением Свердловской жел.дор.больницы стал Василий Иванович Циренщиков (рис. 61). Тысячи успешно проведенных операций на счету этого хирурга. В последние годы своей жизни он работал над кандидатской диссертацией "Эффективность паллиативной резекции желудка при язвенной болезни", которую из-за своей болезни завершить не смог. С 1947 г. - дорожный хирург, с 1957 г. - заслуженный врач РСФСР. Многогранная хирургическая деятельность Василия Ивановича: он удаляет зуб, почку, оперировал на печени, проводил в широком объеме гинекологические операции, Владел техникой пневмоэктомии, Успешно оперировал при раке всех локализаций.



Кандидат медицинских
наук

В.Е. ОДИНЦОВ

Первым заведующим онкологическим пунктом была М.И. Тетицкая, работающая в настоящее время директором медучилища Свердловской железной дороги, перед вступлением в эту должность она прошла специализацию в Свердловской онкологической клинике, руководимой профессором Л.М. Ратнером.

Дорожный онкологический пункт получал повседневное руководство от онкологической клиники СОБИ. Профессор Л.М. Ратнер и сотрудники клиники консультировали больных, находящихся в стационарах больницы, амбулаторные больные консультировались в СОБИ. Больные, нуждающиеся в оперативной помощи, в порядке очередности принимались в стационаре клиники, нуждающиеся в глубокой рентгено-терапии лечились амбулаторно.

В 1947 г. онкологической клиникой СОБИ было проведено два онкологических декадника для врачей дорожной больницы. Для улучшения противораковой борьбы при врачебно-санитарной службе была организована противораковая комиссия, куда входили ведущие специалисты. Эта комиссия под председательством дорожного онколога начала функционировать с 1951 г.

При доркоме РОККа была создана также противораковая комиссия, взявшая на себя инициативу организации санпросветработы и подготовки кадров противоракового актива.

Подготовлено противоракового актива 57 человек и 35 человек на курсах сандружинниц по уходу за раковыми больными.

Больных злокачественными заболеваниями было выявлено дорожным онкопунктом и линейными онкокабинетами 184 человека.

Радикальных операций проведено при раке желудка:

В хирургическом отделении ж/д больницы - 9

В СОИ и 3-й клинической больнице	6
В Тюменской к/д больнице	2
В Н-Татильской больнице	1
Пробнык чревосечений	14

При раке нижней губы:

В хирургических отделения дорожной больницы	5
В Тюменской больнице	1
В СОИ (лечение радием)	14

Рак прямой кишки:

В хирургическом отделении к/д больницы	1
В 3-й клинической больнице	2

Рак грудной железы:

Оперировано в СОИ	7
Оперировано в хирургическом отделении Свердловской к/д больницы	3

С 1953 года в дорожной больнице функционировало 10 коек для онкологических больных. В первые годы существования онкопункта выездов на линию не было. Связь с линейными онкокабинетами осуществлялась только путем посылки ряда инструктивных писем по организации и проведению лечебной профилактической и лечебно-просветительной работы.

Все онкологические больные, взятые на учет дорожным онкопунктом, сосредотачивались в 2-х лечебных учреждениях - в дорожной Свердловской больнице и онкологической клинике СОИ. За 1949 год через хирургическое отделение дорожной больницы прошло 58 человек со злокачественными новообразованиями и 28-с доброкачественными.

Большинство из больных со злокачественными образованиями поступали в тяжелом состоянии, в стадии инкурабельности. В стационар онкологической клиники были направлены больные, требующие лечения радием или оперативного вмешательства плюс рентгено-терапия или радий.

Некоторые больные находились в хирургическом отделении железнодорожной больницы и одновременно получали рентгенотерапию амбулаторно в СОИИ.

В 1949 г. для работы в онкопункт была направлена Н. А. Шахлевич, которая в этом же году прошла специализацию и в онкологической клинике СОИИ. Десять лет Н. А. Шахлевич руководила онко-службой в начале в онкокабинете, а затем в открытом по ее инициативе онкологическом отделении 4/III-1955 г., в дальнейшем она работала главным хирургом врачебно-санитарной службы Свердловской железной дороги, с 1967 г. - заслуженный врач РСФСР (рис. 62).

В связи с улучшением диагностики, повышением онкологических знаний, лучшим учетом онкобольных, возрастанием числа лиц, профилактически осмотренных, и качества профосмотра, процент инкурабельных форм рака значительно снизился. Так, если он в 1950 г. составлял 62%, то в 1952 г. он был равен уже 40%. Значительно улучшилась работа с врачами общей сети по повышению онкологических знаний путем семинаров, конференций, лекций и т.д.

В 1953 г. в лечебных учреждениях дороги имелось уже 8 онко-кабинетов:

1. Свердловский дорожный онкокабинет.
2. На ст. Свердловск-Сортировочная.
3. Тименская больница.
4. Нижне-Тагильская больница.



Рис. 62. Заслуженный врач РСФСР Н.А.Шаклевич.

5. Пермская больница
6. В поликлинике Пермь-I
7. В Чусовской больнице.
8. В больнице ст.Верещагино.

В Свердловском дорожном онкокабинете работает 2 врача по принципу объединения стационар-поликлиника. В дорожной больнице имелось 10 коек для онкобольных, рентгено-терапевтический кабинет для глубокой рентгенотерапии и общежитие для приезжих больных. Для хирургического вмешательства больные посылались, главным образом, в Свердловскую дорожную больницу, значительно меньше - в Пермскую и небольшое количество - в Тюменскую больницу.

В 1953 г. было произведено 224 операции, в том числе 24 резекции, 18 - по поводу рака и 6 - по поводу полипоза. Умерло 4 человека - 16,6%. Пробных чревосечений - 28. Мастэктомий - 4, 3 операции на прямой кишке по поводу рака (2 - в Свердловской дорожной больнице, 1 - в Перми). Впервые в Свердловской дорожной больнице в 1953 г. произведена операция на легком, лобэктомия по поводу рака легкого, послеоперационный период протекал без всяких осложнений (оперировал В.Циренщиков).

В 1955 г. на базе новой дорожной больницы (рис. 63) было открыто онкологическое отделение на 25 коек, которое включает в себя хирургические и гинекологические койки. В связи с получением радия-мезотория 82 мг. и радиоактивного кобальта в виде игл, были выделены две постоянно действующие радиологические койки для лечения гинекологических онкологических больных. Этот раздел работы возглавила врач Пугач Т.Н., которая продолжает им заниматься до настоящего времени.



Рис. 63. Дорожная больница Л-1
(на ее базе развернуто
онкологическое отделение).

С 1959 г. онкологическим отделением заведует О.А.Матвеева — врач с большой теоретической и клинической подготовкой в области онкологии, ученица проф.Л.М.Ратнера, закончившая под его руководством клиническую ординатуру (рис.64).



Рис.64. О.А.Матвеева — дорожный онколог, начальник онкологического отделения дорожной больницы №-1.

В её бытность диапазон хирургических вмешательств еще больше расширился. Произведены первые операции в Свердловске по поводу рака Фатерова сосочка (Панкреатодуоденальные резекции - проф. М. И. Сахаров, к. м. н. Н. Д. Прудков), широко стали пользоваться инструментами при резекции желудка: УКИ-60, ПКС-25, НЖКА и др. (Ф. Н. Копылов, И. Д. Прудков), стали производить радикальные мастэктомии одновременно с овариэктомиями (Соркин Ю. Э.), стали производить резекции желудка со срочным гистологическим исследованием (Соркин Ю. Э., Поклонова Н. П.). Широко стали применять перидуральную анестезию тримекаином (к. м. н. Х. Х. Хапий, А. Б. Борщев).

Предложен ряд новых методик оперативных вмешательств:

а). Разработана методика при резекции желудка по Бильрот-I с помощью аппаратов УКИ-60, ПКС-25, НЖКА /доц. Мясникова А. Г., асс. Прудков И. Д., Копылов Ф. Н./^{х)};

б). Разработана новая техника выполнения желудочных свищей /асс. Прудков И. Д./. Заключается она в следующем: выбирается участок желудка 6х3 см в области мобилизованной большой кривизны и прошивается дважды аппаратом УКИ-60. Обе сшитые стенки желудка рассекаются между двумя рядами танталовых швов, линия разреза перитонизируется непрерывным шелком^{хх)}.

Все случаи язвенной болезни по малой кривизне расцениваются нами как предраковое состояние, таким образом, по поводу предрака желудка произведено в 1966 г. 17 операций, у 2-х больных удалось выявить начальный переход процесса в рак. Начиная с 1968 г., мы производим резекции желудка со срочным гистологическим исследованием, в одном случае нам удалось выявить началь-

х) Прудков И. Д., Мясникова А. Г. "Клиническая хирургия" №-1, 1966, ст. 16.

хх) Прудков И. Д. Новая техника выполнения желудочных свищей. Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости, 1966 г., стр. 240.

ный рак желудка (Cancer in situ). К 1964 г. количество онкопунктов по дороге расширилось до 13, а именно: Свердловск, Свердловск-Сортировочная, Пермь-I, Пермь-II, Тюмень, Серов, Кунгур, Н-Тагил, Камышлов, Верещагино, Егоршино, Чусовая, Ишим.

В настоящее время функционируют 12 онкокабинетов. В 1967 г. онкологические койки распределены были: в Свердловской дорожной больнице - 30 коек и в Пермской - 20 коек. В этих же больницах имеются аппараты для глубокой рентгенотерапии и близкофокусной рентгенотерапии, рентгенодиагностические аппараты имеются во всех отделенческих больницах. Электрохирургические аппараты имеются в Свердловской, Пермской, Ишимской, Н-Тагильской больницах. Препараты радия-мезотория имеет Свердловская больница.

О работе онкологической службы на Свердловской железной дороге можно судить по ряду статистических данных.

Таблица 32

Число вновь взятых на учет онкологических больных за год по Свердловской железной дороге со II клинической группой (в процентах)

Локализация	1949г.	1954г.	1959г.	1964г.	1966г.
Всего больных раком в том числе:	63,9	64,1	78	72,3	67,3
Рак желудка	10,3	45,6	69	52,3	50
Рак бронхов легких и плевры	-	45,8	53	43	53,2
Рак матки	96	87,4	94	95,8	94,0
Рак грудной железы	66,3	62	93	95	89,5
Прочих органов	77,8	74	66	55,2	54,6

Таблица 33

Число вновь взятых на учет онкологических больных

Локализация	1949 г.	1954 г.	1959 г.	1964 г.	1966 г.
Всего больных раком	37	25,9	22	27,7	32,7
в том числе:					
Рак желудка	89,7	54,4	31	47,7	50,0
Рак легких и плевры	100	54,2	47	57	46,7
Рак матки	4	12,6	6	3	4
Рак грудной железы	33,3	18	7	5	10,5
Рак прочих органов	22	26	34	44,8	45,4

Из общего количества взятых на учет в 1967 г. со II клинической группой, т.е. больных, подлежащих специальному лечению,

II клиническая группа по отношению к числу взятых на учет составляет 71%. Больные, подлежащие радикальному лечению, т.е. со II-а группой (по отношению к числу взятых), составляют 42,5%. Процент II-а группы по отношению ко II группе составляет 59,5%.

Таблица 34

Рак желудка:

II гр. - к общему числу	46,2
II-а - " -	28,0
II-а ко II группе	60,7
IV клиническая группа	53,0

Рак легких:

II гр. к общему числу	53 %
II-а - " -	13 %
II-а ко II группе	25 %
IV клиническая группа	48 %

Рак матки:

II группа к общему числу	90,4 %
II-а - " -	40,9 %
II-а ко II группе	45,0 %
IV клиническая группа	9,6 %

Рак молочной железы:

II гр. к общему числу	90,8 %
II-а - " -	86,0 %
II-а ко II группе	90,4 %
IV клиническая группа	2,2 %

Больные с IV клинической группой составляют 28,2% к общему числу выявленных раковых больных. За 1967 год процент запущенных форм значительно снизился по сравнению с двумя предыдущими годами. Высоким остается по-прежнему процент запущенных форм по таким локализациям, как рак желудка, легких и рак прочих органов. Общая смертность онкологических больных по дороге составляет (на протяжении многих лет) 12,1%.

За последние 5 лет наблюдается рост II и II-а клинических групп. В 1967 г. состояло ^{научете} со II клинической группой 3 %, с IV клинической группой - 5,2%. 91,8% падает на III клиническую группу. Этот процент (вернее это соотношение) остается стабильным на протяжении нескольких лет. Из них 72% практически здоровы

более 3-х и 5-ти лет. Даже такие локализации, как рак желудка, матки и молочной железы, имеют высокий процент выживаемости более 3-х лет без признаков метастазирования. Качество стойкого излечения зависит от тщательного диспансерного наблюдения, которое ведется за этими больными, и проведения им своевременного комплексного лечения и последующих профилактических курсов лечения гормонопрепаратами и химиопрепаратами.

Повышается резектабельность при раке желудка, что видно из таблицы.

Таблица 35

Резектабельность при раке желудка по онкологическому отделению за 10 лет

Годы	Количество резекций	Кол-во пробных лапаротомий	Резектабельность
1955	9	17	34,7
1956	14	22	38,6
1957	12	14	46,1
1958	18	18	50
1959	37	18	67,9
1960	18	19	48,7
1961	28	34	45,1
1962	24	19	55,4
1963	12	15	44,4
1964	20	15	56,8
1965	18	14	56,2
В среднем за 10 лет			50,1

Все онкологические больные, в основном, проходят обследование в дорожной поликлинике №-I, которая располагает всеми современными методами обследования: рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, бронхография и скопия, Цитологический и гистологический методы исследования и другие.

Всеми методами обследования располагает и 2-я дорожная поликлиника и больница в г.Перми, но она обслуживает, в основном, больных своего Пермского отделения. В 1967 г. укомплектовался хирургический коллектив Н-Тагильской больницы, где широко начала проводиться онкологическая работа, делаются большие операции, например, гастрэктомия при раке кардиального отдела желудка. Больные обследуются в предельно допустимые сроки. Госпитализация в стационар проводится в течение 5-7 дней. В Горонкодиспансер и Облонкодиспансер больные, имеющие отношение к железнодорожному транспорту, на лечение не принимаются. При дорожной поликлинике №-I имеется пансионат для больных, где больные находятся на период обследования, а иногда и лечения.

В основном все виды лечения онкологическим больным проводятся на базе онкологического отделения дорожной больницы №-I, где имеются хирургические и радиологические койки для лечения онкологических, гинекологических больных. Всем гинекологическим больным проводится сочетанная лучевая терапия одномоментно. Никаких отказов в госпитализации больных, нуждающихся в радикальном лечении, нет. В процессе лечения наблюдаются общие лучевые реакции в виде снижения числа лейкоцитов и лимфоцитов, ларингитов, кожных эритем, эпидермитов и эпителиитов. Лечение в связи с реакциями обычно не прерывается, применяются меры для преду-

преждения и снижения реакций. Вся хирургическая деятельность осуществляется хирургами отделения при большой помощи зав. кафедрой хирургии проф. Сахарова М. И. и его ассистентов. Диапазон хирургических операций из года в год расширяется.

В Пермской больнице онкологическим больным помощь оказывается в полном объеме. Большую помощь в этой работе оказывает кафедра хирургии Пермского мединститута, возглавляемая доцентом Егоровым Д. И. Часть операций производят в Ишимской, Тюменской и Н-Тагильской больницах.

Послеоперационная смертность составляет 5,6%. Основной процент падает на больных, перенесших большие операции и пробные лапаротомии по поводу неоперабельных форм, осложненные раковым перитонитом. Из числа подлежащих лечению хирургическое лечение получили 20%, лучевое лечение - 61,3%, комбинированное лечение - 18,7%. Химиотерапию в сочетании с другими методами лечения и как самостоятельный метод получили 34%.

В 1967 г. на основании разбора протоколов запущенных случаев причинами запущенности являются:

Таблица 36

1. Бессимптомное течение	- 24,5
2. Поздняя обращаемость	- 26,5
3. Недостаточное обследование	- 17,3
4. Рентгенологические ошибки	- 14,5
5. Прочие причины, длительное обследование больных	- 17,2

Профилактическим осмотрам подвергались все больные, явившиеся на поликлинический прием к любому врачу-специалисту, все больные, находящиеся в стационарах, проходившие комиссию по

приказу, женщины осматривались в смотровых кабинетах и женских консультациях. О методике проведения онкопрофосмотров нами написано методическое письмо и разослано по онкокабинетам (см. приложение).

Если в 1948 г. на учете состояло 18 человек больных с предраковыми состояниями, то в 1966 г. их состояло 4517 чел. Если в 1958 г. выявлено на профосмотрах 0,73% раковых больных, то в 1966 г. выявлено 0,95%. Все выявленные больные своевременно передаются для лечения онкологам, и им оказывается необходимая помощь. В 1967 г. соотношение предраковых больных по отношению к раковым больным составляло 1:4, желудок - 1:3, матка - 1:10, молочная железа - 1:8. Снято с учета предраковых больных в связи с излечением, по отношению к числу взятых на учет 95%, в связи с переходом в рак - 0,6%.

Диспансерное наблюдение предраковых больных ведется врачами-онкологами, производственными врачами и гинекологами. Все состоящие на учете больные вызываются на осмотр 2-3-4 раза в год. При каждом очередном осмотре больной обследуется лабораторно и рентгенологически, и при необходимости ему назначается очередной профилактический курс лечения. В дорожной поликлинике №-1 введена наглядная регистрация всех больных, лечившихся химиопрепаратами: на специальных карточках, которые лежат по месяцам очередной явки, отмечается дозировка препарата, который принимал больной, какой курс лечения проведен и когда надлежит явиться для повторного лечения.

С 1965 г. введена система этапных эпикризов на всех состоящих на учете больных, где отмечено состояние больного, прове-

денное лечение и план лечения на будущее. Для лучшей ориентировки взяток на учет больных в онкологическом кабинете висит карта-схема, где представлены онкопункты, и каждая вновь взятая на учет локализация прикрепляется в виде кружочка к обозначенному пункту (на кружочке указана клиническая группа). Таким образом, мы в любой момент знаем количество вновь взятых больных (рис. 65).



Рис. 65.

За 1967 год врачами дорожной больницы проведено два выездных семинара по онкологии в линейных больницах, совещание вра-

чей-онкологов по итогам онкологической заболеваемости, кроме того было 5 выездов на линию с целью проверки работы и консультации больных. Всего выездов на линию онкологами-39.

На семинары выносились для обсуждения актуальные онкологические вопросы с привлечением "местного" материала. Примерные темы семинаров были следующие:

1. Предраки желудка и роль диспансеризации в их выявлении.
2. "Маски" рака желудка.
3. Редкие формы опухолей кишечника.
4. Дигормональные заболевания молочной железы.
5. Химио- и гормонотерапия злокачественных опухолей.
6. Редкое метастазирование рака желудка в костный мозг.
7. Рак желудка и беременность.
8. Редкие локализации опухолей:
 - а). Опухоль сердца,
 - б). Опухоль плевры,
 - в). Ретикулез желудочно-кишечного тракта,
 - г). Лейомиомы желудочно-кишечного тракта,
 - д). Меланомы прямой кишки.

9. К вопросу дифференциальной диагностики токсического и инфекционного гепатита - как осложнению при применении гормональных препаратов.

10. Организация противораковой борьбы в условиях периферии (врач-онколог ст.Надеждинск).

11. Качественные показатели работы онкопункта (врач-онколог ст.Ишим).

Врачебно-санитарная служба Свердловской железной дороги придает большое значение организации пропаганды медицинских

знаний среди населения.

Количество слушателей по сравнению с 1961 г. увеличилось в 2,5 раза. Если в 1962 г. количество прочитанных лекций по дороге составило 5837, то в 1964 г. их было 6684. Руководство ряда отделений дороги выделяет средства для приобретения брошюр, памяток, листовок на медицинские темы и их распространение среди населения.

Большой популярностью в лечебно-профилактических учреждениях и школах пользуются доски вопросов и ответов. Все больший размах принимает такая форма работы, как университеты здоровья, школы здоровья^{х)}.

Врачами онкологического отделения за 1967 г. было прочитано 58 лекций, 164 беседы, выпущено 16 бюллетеней, 4 выступления по радио, написано 3 статьи в газету. В 1960-1961 гг. в газете "Путевка" (орган управления и Дорпрофсожа Свердловской железной дороги) было помещено 2 статьи автора данных строк (от 6/Х-60 г. №-120/5086 "Что надо знать о раке" /беседа врача/, рис. 66, и от 27/У1-61 г. №-77/5199 "Медицинские осмотры - действенная мера профилактики злокачественных опухолей"). Кроме того, нами была разработана лекция - "Ранняя диагностика злокачественных опухолей" - и разослана в виде методического письма по онкокабинетам Свердловской железной дороги.

В течение ряда лет мы широко проводим в жизнь принципы де-онтологии.

х) К.У. Юнцевич. "Некоторые вопросы работы и задачи санитарного надзора на Свердловской железной дороге, стр. 20-21. Материалы к научно-практической конференции санитарной службы Свердловской железной дороги. Свердловск, 1966 г.

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

ПУТОВКА

Орган управления и дорпрофсома
Свердловской железной дороги

№ 120 (5086)

ЧЕТВЕРГ, 6 октября 1960 г.

Год издания 27-й

Цена 15 коп.

№ 120 (5086)

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О РАНЕ

Беседы врача

Прежде всего, надо развеять ряд мифов и устрашающих сведений, которые распространяются среди малоосведомленных людей и затрудняют широкое проведение государственных научно обоснованных мероприятий в борьбе против рака. Успехи науки и зарубежные ученые привели к тому, что теперь с полным основанием медицина уже может заявлять: рак излечим, если он вовремя обнаружен и вовремя проведено радикальное лечение.

Рак — это злокачественная опухоль. Образуется она в любом месте тела из клеток организма под влиянием ряда причин, лежащих вне и внутри нас. В здоровом организме с нормально функционирующей центральной нервной системой рак не развивается. Раковые клетки отличаются беспорядочным ростом. Они проедаются в окружающих их тканях и могут быть перенесены по кровеносным или лимфатическим сосудам в другие части тела. Рак — болезнь неизлечимая, если за раковым больным не опекать до окружающей. По наследству рак тоже не передается.

В настоящее время мы научились не только лечить рак, но и предупреждать раковые заболевания. Однако старое правило, гласившее, что лечить рак, как и туберкулез, надо в самом начале, остается в силе. Почему же люди так часто запускают рак? Почему они не обращаются к врачу при первых признаках заболевания? Происходит это по тому, что люди привыкли считать себя большими в тех случаях, когда у них что-нибудь болит. Рак же в начале заболевания не дает никаких ощущений. Боль возникает при распространении болезни.

Чтобы своевременно обратиться за помощью к врачу, каждый должен быть знаком с ранними признаками раковой болезни. Признаки рака разнообразны и зависят главным образом от органа, в котором она развивается. Так, первым признаком рака желудка является потеря аппетита, тошнота, ощущение тяжести, ощущение утомленности, снижение работоспособности без всяких видимых причин.

Все эти признаки могут наблюдаться и при язве (гастрите) желудка. Поэтому приходится прибегать к более или менее специфическим методам выявления рака, так и в случае выявления рака желудка.

Ранние симптомы рака желудка должны заставить больного пройти тщательное исследование с обязательным проследованием желудка лучами рентгена. Чем раньше больной исследуется с врачом и чем раньше рак будет распознан, тем легче будет достигнуто полное излечение больного.

Лечение рака желудка только хирургическое. Профилактикой рака желудка является устранение причин, ведущих к образованию гастрита, так как рак преимущественно развивается на этом фоне. Кроме того, своевременное лечение рака желудка способствует беспорядочному питанию, употреблению спиртных напитков, курению. У мужчин это заболевание наблюдается чаще, чем у женщин.

Раком легких заболевают преимущественно мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Возникновению рака легких способствуют в основном следующие факторы: загрязнение воздуха асфальтовыми пылями, газами и дымами, содержащими продукты неполного сгорания топлива, курение и хронические воспалительные в гортани заболевания легких.

Симптомами рака легких являются кашель, мокрота, кровохарканье, боль в груди, повышение температуры, слабость, одышка, потеря веса. Одним из ранних признаков рака легких — сухой, мучительный, изнуряющий (без мокроты) кашель, который прерывает сон. Беспокойства. Немного позднее присоединяется жидкая слизистая мокрота и кровохарканье. Иногда болезнь характеризуется острым началом с повышением температуры. Этот признак должен обратить на себя внимание тогда, когда он сочетается с постоянным кашлем и примесью крови и мокроты. На основании одного и даже нескольких признаков не только больной, но и врач не может поставить правильно диагноза. Поэтому задача больного заключается в том, чтобы быть более внимательным к себе и при появлении тех или иных симптомов немедленно обратиться к врачу. Лечение рака легких — длительное (рентгенотерапия) и оперативное.

Профилактикой рака легких является борьба с загрязнением воздуха в больших городах, на предприятиях (рентгенология и защитные меры от асбестовой пыли), а также отказ от курения.

Рак прямой кишки — это заболевание встречается также в возрасте от 40 до 60 лет. Возникновению его способствуют также хронические заболевания, как полипы, диспозия, энды, прямой кишки. По краю таких эн-

дов в рубцах после них может развиваться рак прямой кишки. В ранних стадиях развития рак прямой кишки не вызывает никаких характерных признаков. Тем не менее лица, внимательно относящиеся к своему здоровью, уже в самом начале появления болей — отмечают неприятные ощущения в прямой кишке, зуд, нем впроде и в крестце, особенно во время стула. Одним из ранних признаков рака прямой кишки является повышение кровянистых выделений при испражнении. Этот характерный признак очень сходен с проявлениями геморроя и поэтому очень часто не вызывает подозрений.

Лечение рака прямой кишки почти исключительно хирургическое. Профилактикой рака прямой кишки является лечение хронических заболеваний, колитов, геморроя.

Наиболее доступным диагностическим и потому почти всегда выявляющимся раком кожи, является рак кожи. Рак кожи развивается главным образом у людей пожилого возраста, однако часто у мужчин и у женщин. Наблюдается он с наибольшей частотой на открытых частях тела, особенно на лице, шее, гортани, который чаще всего располагается на лице около глаза или около носа. Вначале медленно увеличивается, затем распространяется в поверхностную и глубокую, покрытую кожей. Иногда рак кожи возникает на месте старых рубцов или бородавок, в особенности, если они долгое время подвергались трению одеждой или другим раздражителям. Рак кожи может возникнуть с небольшой язвочки или трещинки, безболезненной, постепенно увеличивающейся. Также же при этом может возникнуть рак, когда он развивается на коже. Лечение в основном хирургическое (рентгенотерапия и радиотерапия), а также хирургическое.

Профилактикой рака кожи служит в основном избегание длительного воздействия на кожу солнечных лучей, а также избегание трения одеждой или другими раздражителями. Также же при этом может возникнуть рак, когда он развивается на коже. Лечение в основном хирургическое (рентгенотерапия и радиотерапия), а также хирургическое.

В заключение хочется еще раз напомнить, что профилактикой рака является своевременное обращение к врачу при появлении первых признаков заболевания. При малейшем подозрении нужно обращаться к врачу. Обширные знания по раку.

Ю. СОРКИН,
врач-онколог.

В своей работе мы используем данные ведущих онкологов нашей страны — профессоров Н.Н.Александрова, Н.Н.Петрова, А.В.Чаклина и других.

Н.Н.Петров, выступая на онкологическом совещании представителей 14 союзных республик в г.Ленинграде 19/хп-1953 г., говорил: "...Наряду с наукой и техникой, существует и третий компонент лечебной медицины, почти не затрагиваемый вовсе в медицинских руководствах. Этот третий компонент и есть медицинская деонтология, т.е. совокупность организационных мероприятий, научных знаний, технического оснащения и сердечного, заботливого подхода к больным для успеха лечебного дела...".

Принципы онкологической деонтологии мы начинаем с первого же момента встречи с больными, имеющими злокачественные или предопухолевые заболевания.

Первым этапом являются профилактические осмотры здоровых групп населения. При этом найденные изменения (панилемы, пигментные пятна, фибромы, фиброденомы, полипы и др.) называем предопухолевой болезнью и рекомендуем во избежание принятия ее угрожающего характера — обязательно ликвидировать в ближайшее время. Для этой цели нами выделен один день в неделю для производства амбулаторных операций.

Вторым этапом является поликлинический прием.

Обнаружив предопухолевые заболевания или ранние стадии опухолей, еще не проявивших свои злокачественные свойства, мы заменяем термины "рак", "саркома", "злокачественные опухоли" в обращении с больными терминами "язва", "инфильтрат" или "уплотнение" с указанием на спешность необходимого лечения для пре-

дупреждения злокачественного превращения имеющейся опухоли.

Обнаружив злокачественную опухоль, вышедшую из стадии оперативной удаляемости или доступности для лучевого лечения, мы никогда не объясняем больному безнадёжность его состояния. В таких случаях мы говорим, что операции или лучевое лечение не нужно, и предлагаем симптоматическое лечение.

Направляя онкологического больного к смежному специалисту на консультацию, мы строго следим за тем, чтобы амбулаторная история болезни не попала к нему в руки.

При направлении онкологического больного на БТЭК посыльный лист мы переправляем по почте. Таким же образом направляем и подробное заключение для лечащего врача по месту жительства о характере заболевания и проводимом лечении. Больному же выдается справка, где указываются диагнозы — язва, полип, инфильтрат и т.д., а в истории болезни делается пометка о том, что больной информирован о заболевании доброкачественного характера.

Если больной будет знать, что он болен злокачественной опухолью (раком или саркомой), это может вызвать у него глубокий пессимизм в отношении проводимого лечения и чувство обречённости. Такое состояние будет способствовать ещё большему истощению организма, что несомненно ухудшит результаты лечения.

Третий этап — это стационар. Прежде всего мы изменили название стационара — третье хирургическое отделение.

На обходе мы никогда не употребляем слово рак, саркома и т.д. Заранее мы, например, оговариваем, что если говорим о язве желудка, то это рак желудка, если имеется в виду банальная язва желудка, то это язвенная болезнь.

Особенно осторожно надо вести себя с инкурабельными больными. Никогда не следует открывать перед ними их обреченность и бессилие медицины помочь им.

Такой деонтологический подход поддерживает у больных некоторую степень бодрости духа, помогающую им легче переносить свою судьбу и черпать в собственном организме все наличные там защитные силы для борьбы против болезни. Но из этого правила бывают и исключения.

В случаях, когда больной при несомненном наличии у него злокачественной опухоли и при удовлетворительном общем состоянии, несмотря на принятие всех мер убеждения, решительно отказывается от операции, а его родственники не хотят или не могут оказать на него нужного воздействия, — мы прибегаем к последнему средству — объявляем больному истинный диагноз злокачественной опухоли, не конкретизируя характер заболевания.

Наиболее важным звеном онкологической деонтологии является составление предоперационной концепции, куда входят: четко сформулированный диагноз, показания к операции, план операции, намечаемый способ обезболивания.

При тяжелых страданиях неизлечимо больные иногда просят врачей ускорить наступление рокового исхода и тем самым прекратить их мучения. В таких случаях мы используем весь арсенал лечебных средств для уменьшения страданий, т.к. не имеем морального и юридического права способствовать наступлению смерти. Просьбы таких больных обычно вынужденны и не искренни. Для снятия болевого синдрома не следует бояться рационального применения наркотиков. Подобная тактика особенно необходима по отноше-

нию к неизлечимым больным, которые особенно нуждаются в уменьшении физических страданий и успокоении психики.

Таким больным необходим хороший уход и систематическое лечение, если даже оно не приносит пользы.

Никогда нельзя оставлять таких больных без всякого лечения. Это убивает в них последнюю надежду и усиливает их страдания. Наряду с симптоматической терапией в таких случаях можно подносить препараты, повышающие аппетит, улучшающие работу кишечника, наконец, индифферентные средства.

Аккуратность лечения и забота о больном — поддерживают у него надежду на исцеление. Вот почему у incurabильных больных мы патронируем на дому один раз в 10 дней.

Большое значение имеет контакт с родственниками больных. О возможности смертельного исхода в incurabильном случае, мы сообщаем одному из самых близких к больному лицу, при этом мы просим ни под каким предлогом не сообщать больному о его состоянии.

Благодаря проводимым нами принципам онкологической деонтологии, у нас всегда хорошо налажен контакт и с больными, и с их родственниками.

Г Л А В А IV

РАЗВИТИЕ НАУЧНЫХ ПРОБЛЕМ В ОБЛАСТИ ОНКОЛОГИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

I. Проф. Л. М. Ратнер и его школа

а) Жизнь и деятельность проф. Л. М. Ратнера

Лев Моисеевич Ратнер родился в семье врача в г. Смоленске 29 (16) августа 1886 года (рис. 67).

В 1905 г. после окончания Смоленской гимназии он поступает на медицинский факультет Московского университета. После окончания в 1910 г. последнего, он в течение 4-х лет специализировался в госпитальной хирургической и урологической клинике у профессора И. Х. Дзирне, работая сверхштатным ординатором, а с марта по октябрь месяц 1912 г. он совершенствуется по хирургии в клиниках Берлина, посещая профессоров Бира, Израэля, Краузе, Румпеля, доцента Коха. Во время империалистической войны 1914-1917 гг. Л. М. Ратнер работал в военных госпиталях. Во время гражданской войны Лев Моисеевич в рядах Красной Армии, он главный врач 667 сводного эвакуационного госпиталя, в 1918 г. он начальник плавучего госпиталя, который размещался на пароходе "Одесса" и курсировал по Волге (рис. 68). Во время напряженных боев с Колчаком и чехословаками под Свияжском, а затем на Урале, Л. М. Ратнер спас жизнь сотен и тысяч красноармейцев. В самые трудные годы он проявил себя как подлинно советский врач, преданный делу революции.



Рис. 67. Профессор, доктор медицинских наук
Л. М. Ратнер
(1886-1953 год)



Рис. 68. Л. М. Ратнер — начальник плавучего госпиталя
"Одесса" (1918 г.)

Работа Л. М. Ратнера и возглавляемого им госпиталя была отмечена приказом командующего фронтом как выдающаяся ("Уральский рабочий" от 22/1-1936 г.).

В 1919 г. Л. М. Ратнер прибывает на Урал вместе с частями Красной Армии, преследовавших Колчака, и остается в гор. Екатеринбурге. С присущей ему энергией он взялся за восстановление совершенно разрушенного хирургического отделений городской больницы. Здесь он с успехом применил полученные им в клиниках Москвы и западной Европы клинический опыт (рис. 69). Спу-



Рис. 69. Л. М. Ратнер — заведующий хирургическим отделением Екатеринбургской городской больницы (1919 г.).

стя 2 года Лев Моисеевич — заведующий кафедрой хирургической пропедевтики медицинского факультета Уральского госуниверситета (открыт по инициативе В. И. Ленина в 1920 г.). Энергичный профессор, блестящий лектор и обаятельный человек, готовый помочь всем и каждому, он приобретает редкую любовь, популярность и авторитет среди студентов, врачей и широких слоев населения. Одновременно он показывает себя хирургом с большой эрудицией; забегая вперед, можно сказать, что уже к 1936 г. им было произведено около 6 тыс. операций, из которых более половины были очень сложными. Круг интересов Л. М. Ратнера был не-

обычайно широк. Нет такой области клинической хирургии, в которой он не оставил бы следа, не проявил бы себя новатором и талантливым экспериментатором. Смело прокладывая новые пути хирургического вмешательства, он в то же время внимательно изучал все смежные области медицинской науки, но, пожалуй, больше всего привлекали внимание замечательного хирурга злокачественные опухоли. Лечение этого тяжелого заболевания он отдал много лет своей жизни. На первых порах трудно было наладить онкологическую помощь населению.

В 1927 г. заведывание онкоотделением принял на себя профессор Л.М.Ратнер. Перед вступлением на эту должность он в течение 2-х месяцев ознакомился с постановкой онкологической работы, как в практическом, так и в научном аспекте в Ленинградском онкологическом институте, который был открыт незадолго до этого - в 1926 г. и возглавлялся проф. Н.Н.Петровым. Начиная с этого времени и на протяжении более 30 лет, профессор Л.М.Ратнер и группа его ближайших учеников и сотрудников - М.С.Шульман, М.П.Горюнова, А.Н.Скобунова, А.Н.Лебедева, М.И.Гликин и др. - квалифицированно и углубленно изучали проблемы онкологии. Современники называли Л.М.Ратнера воинствующим онкологом. Высоко ценил деятельность Л.М.Ратнера профессор Н.Н.Петров. В 1940 г. в письме сотрудникам клиники он отмечал большую значимость выхода в свет сборника "Проблемы онкологии" (рис.70), а в 1957 г. он писал: "...В Свердловске противораковая борьба развертывалась под весьма активным руководством профессора Л.М.Ратнера"/Н.Н.Петров, 286/. Профессор Л.М.Шабал отмечал: "Онкологическая клиника Л.М.Ратнера является одной из крупнейших

ПРОФЕССОР
Николай Николаевич

ПЕТРОВ

Заслуженный деятель науки,
Член-корресп. Акад. Наук СССР

Ленинград, ул. Салтыкова-Шчедрина, 41
Тел. 2-10-08

31. января 1970 г.

Борисе Израилу,

Приношу Вам горячую
благодарность за приглашение
4-й сборной Проблем онкологии,
заключаящий в себе целый ряд
очень интересных статей.
Появление таких сборников в
провинциальном городе приносит
большую пользу в общественном
масштабе и доставляет большую ра-
дость первым пионерам отече-
ственный онкологии.

С глубоким уважением

П. Петров

Рис. 70. Письмо проф. Н. Н. Петрова сотрудникам онколо-
гической клиники, руководимой проф. Л. М. Ратнером

клиник Советского Союза", а на конференции в г. Ленинграде, в 1953 г., посвященной лечению злокачественных новообразований, имя Л.М. Ратнера ставили вместе с мировыми авторитетами в области онкологии.

Лев Моисеевич оставил солидное научное наследство, он хорошо владел пером. Его научным трудам, как и лекциям, была присуща ясность и простота изложения в сочетании с хорошим литературным стилем.

Л.М. Ратнер знал многие иностранные языки, свободно владел английским, немецким и французским языками.

Тематика научных работ характеризует Л.М. Ратнера как широко образованного врача, показывает, что круг его интересов, хирургической деятельности и научных исследований был большим и разнообразным.

В историческом аспекте представляет интерес цикл работ, посвященный осложнениям после сыпного тифа.

В июле месяце 1922 года вышел первый номер журнала "Уральское медицинское обозрение", издаваемого Уральским медицинским обществом в г. Екатеринбурге. В нем была помещена обширная статья проф. Л.М. Ратнера "Хирургические осложнения после сыпного тифа", тем самым Лев Моисеевич отдал дань времени. Л.М. Ратнер писал:

"... Каждая эпидемия сыпного тифа протекает удивительно своеобразно, — поэтому казущееся нам необычным, из ряда вон выходящим течение сыпного тифа во время эпидемии 1919-1920 годов, с точки зрения будущего истории этой инфекции, будет вполне естественным, вполне согласованным с теми ужасными катастрофами, с теми невиданными испытаниями, которые были предъявлены организму русского человека в период войны, революции, голода и блокады. Если эта эпидемия явилась следствием целого ряда причин, из которых каждая в отдельности могла бы вызвать сыпной тиф, то, естественно, они должны были бы воплотить в

себе всю сумму оттенков и осложнений когда-либо наблюдавшихся при сыпном тифе...".

В июне месяце 1923 г. вышел 2-3 номер журнала "Уральское медицинское обозрение", в котором представлена статья Л.М.Ратнера "К вопросу об этиологии паротитов при сыпном тифе", что явилось логическим продолжением темы осложнений при сыпном тифе.

На заседании Уральского медицинского общества Л.М.Ратнер сделал доклад "К вопросу этиологии хондритов после сыпного тифа".

Все перечисленные сообщения и доклады подтверждали основную мысль профессора Л.М.Ратнера о гематогенном происхождении осложнений после сыпного тифа.

Вопрос осложнений после сыпного и возвратного тифов был 3-м программным вопросом XV съезда Российских хирургов 25 сентября 1922 г. В работе съезда в числе 664 делегатов приняли участие и два члена Уральского медицинского общества - профессор В.К.Шамарин^{х)} и Л.М.Ратнер.

Многие работы Л.М.Ратнера были посвящены диагностике и лечению органов брюшной полости. Достаточно сказать о таких работах, как "К вопросу о консервативном лечении огнестрельных ранений брюшной полости", "Следует ли зашивать наглухо общий желчный проток после удаления камня?", "Контрреволюция в лечении аппендицита", "В защиту ранней операции при остром аппендиците". Он внес известный вклад в сосудистую хирургию. Особенно широко этими вопросами он занимался в годы Великой Отечественной войны.

х) Биографические данные о проф. В.К.Шамарине смотрите в III главе.

На основании работ многих авторов он составляет таблицу-схему изменений, наступающих в крупных артериях после лигирования сосудов и после симпатэктомии.

Схема Л. М. Ратнера

Изменения, наступающие после лигатуры крупной артерии

Изменения, возникшие после симпатэктомии

- | | |
|---|--|
| 1. Понижение артериального давления в периферическом отрезке сосуда. | 1. Возвращение артериального давления к норме. |
| 2. Незначительное повышение давления в центральном отрезке сосуда | 2. Резкое повышение давления в центральном отрезке сосуда. |
| 3. Понижение периферического венозного давления. | 3. Возвращение венозного давления к норме. |
| 4. Ослабление пульсации артерий. | 4. Усиление пульсации артерий. |
| 5. Уменьшение минутного объема крови. | 5. Увеличение минутного объема крови. |
| 6. Уменьшение кровотока через <i>vasa vasorum</i> . | 6. Увеличение кровотока. |
| 7. Спазм основной периферической артерии. | 7. Вазодилатация |
| 8. Спазм коллатералей. | 8. Вазодилатация |
| 9. Уменьшение числа действующих коллатералей. | 9. Увеличение коллатералей. |
| 10. Медленное новообразование коллатералей. | 10. Быстрое новообразование коллатералей. |
| 11. Замедление лимфотока и лимфостаз. | 11. Ускорение лимфотока. |
| 12. Дегенеративные изменения сосудистой стенки. | 12. Отсутствие их благодаря хорошему питанию. |
| 13. Понижение кожной температуры ниже перевязки в течение 13 ч. | 13. Нормальная и даже повышенная температура. |
| 14. Побледнение или мраморная окраска кожи ниже лигатуры. | 14. Нормальная окраска кожи с розоватыми тонами. |
| 15. Субъективные симптомы ишемии: боли, появление мурашек, холод, онемение. | 15. Симптомы ишемии отсутствуют. |
| 16. Понижение кожной чувствительности. | 16. Восстановление чувствительности. |
| 17. Трофические расстройства. | 17. Трофические нарушения отсутствуют. |

В 19 томе в VIII главе "Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне /1941-1945 гг./" представлена обширная и оригинальная статья Л.М.Ратнера "Ранение сосудов плечевого пояса и верхней конечности". В 1942 году вышел сборник "Санитарная служба в дни Отечественной войны", где помещена статья Л.М.Ратнера - "Случай шва общей сонной артерии по поводу артериовенозной аневризмы. Л.М.Ратнер - ученый с мировым именем в отношении лечения аневризм. Много работ по этому разделу помещено не только в отечественной, но и в зарубежной прессе.

В годы Великой Отечественной войны Л.М.Ратнер завершил монографический труд "Травматические аневризмы", который увидел свет в 1948 г. В этой работе Лев Моисаевич всесторонне и по-новому осветил мало разработанный вопрос огнестрельных ранений сосудов и опыт оперативного лечения их.

В эти годы Л.М.Ратнер написал ряд ценных работ оборонного значения, например "Сульфомидная терапия и профилактика хирургических заболеваний и повреждений", помещенная в книге "Санитарная служба в Отечественной войне" в 1943 г.

Уделял внимание Л.М.Ратнер и вопросам истории медицины. Достаточно указать на такие его статьи, как "Памяти профессора Ямагивы" (1930 г.), "Замечательный русский хирург С.И.Спасокукоцкий" (1944 г.), "Памяти П.А.Герцена" (1947 г.), "Памяти В.А.Мыша" (1948 г.) и другие.

Из клиники проф.Л.М.Ратнера вышло ряд работ А.П.Бенедиктовой, касающихся хирургического лечения рака желудка, молочной железы и матки в историческом аспекте. "Мы считаем такой подход практически полезным, - писал Л.М.Ратнер, - а между тем в нашей литературе истории злокачественных заболеваний совсем не

уделяется внимания".

Л. М. Ратнер пользовался большим авторитетом среди врачей, ученик. Большую роль он играл в общественной медицинской жизни Свердловска.

При его активном участии в 1920 г. было возрождено Уральское медицинское общество. С июля 1919 г. в составе врачей г. Екатеринбурга произошли значительные изменения: большинство их эвакуировалось в Сибирь, а взамен с Красными войсками прибыли новые, более молодые военные врачи, среди них был молодой энергичный доктор Л. М. Ратнер.

В г. Екатеринбурге возобновилась научная работа. Вначале это были научные совещания при Упсанарме под председательством доктора В. А. Анищенко и при секретаре Шейкмане. Однако эти совещания не удовлетворяли его участников, было признано необходимым организовать в научно-медицинское общество, независимо от каких-либо учреждений. Выбранная комиссия 18 апреля 1920 года представила проект нового "Научно-медицинского общества в г. Екатеринбурге". 25 апреля 1920 г. при 63 членах-учредителях, состоявших из всех ведомств — гражданского, военного, железнодорожного — общество начало свою работу.

Принятый устав ставил своей целью разработку научно-медицинских вопросов, вопросов санитарного строительства и просвещения.

Для руководства деятельностью научного медицинского общества через каждые 3 месяца избирался президиум, вскоре срок полномочий президиума был удлиннен до 6 месяцев, и неизменно членом президиума был Л. М. Ратнер. В первом президиуме он зани-

нал должность секретаря, во втором - товарища председателя, в третьем - вновь секретаря.

После создания в 1931 г. Свердловского хирургического общества он становится председателем последнего.

16 марта 1931 г. состоялось организационное заседание секции Свердловской городской научной ассоциации врачей.

На заседании был избран президиум в составе: председателя проф. Л. М. Ратнера, зам. председателя проф. А. Т. Лидского и секретариата: докторов А. Н. Скобуновой и Шильникова.

1 апреля 1931 г. состоялось первое научное заседание хирургической секции Свердловской научной ассоциации врачей под председательством проф. Л. М. Ратнера при секретаре докторе Шильникове.

О работе хирургического общества под председательством Л. М. Ратнера можно судить по высказыванию профессора Гирголава. Председательствуя на одном из заседаний хирургического общества (избран почетным председателем заседания 27/XI-1934 г.), он говорил: "...Впечатление от сегодняшнего дня с его интересными докладами и демонстрациями такое же, как от дня хорошего хирургического съезда. Это показывает, что Свердловск является крупным научным центром. Ближайшей задачей является вовлечение в работу и хирургов периферии" ^{х)}.

В феврале 1951 г. онкологическая клиника была расформирована и переименована в Свердловский областной онкологический диспансер, где проф. Л. М. Ратнер остался научным руководителем и консультантом до конца своей жизни /М. С. Шульман, 464/.

х) Новый хирургический архив, т. 33, кн. 2, 1935 г.

Общественность дважды отмечала юбилей Л.М.Ратнера (25 и 35-летие научной, практической и педагогической деятельности), тем самым показав значение этого ученого для развития советской медицинской науки.

Юбилею посвящались труды онкологической клиники под общим заголовком "Проблема онкологии" (1936 и 1948 гг.)/рис.71 и 72/.

СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

СБОРНИК № 3

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

ТРУДЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

ПОСВЯЩАЕТСЯ 25-летию НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
И ОБЩЕСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПРОФЕССОРА ЛЬВА МОИСЕВИЧА
РАТНЕРА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
Д-РА С. Ф. ВИТКИНА



ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ЧЕЛЯБИНСК

Одному из лучших ученых Свердловской области — профессору Льву Моисеевичу Ратнеру, организатору на Урале борьбы с злокачественными новообразованиями, положившему начало широкого внедрения переливания крови в лечебные учреждения Урала, организатору Уральского института переливания крови, организатору кафедры факультетской хирургии мединститута — дирекция и коллектив Свердловского научно-исследовательского института физиотерапии шлет по случаю 25-летия научно-практической и педагогической деятельности свой горячий привет и пожелания дальнейшей плодотворной работы.



ПРОФЕССОР

ЛЕВ МОИСЕВИЧ РАТНЕР

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ СВЕРДЛОВСКОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

К 25-летию его научно-практической деятельности

Рис.71. Титульный лист трудов онкологической клиники, посвященных 25-летию научно-практической, педагогической и общественной деятельности проф. Л.М.Ратнера.

СВЕРДЛОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ

Сборник № 10

(4-й сборник трудов Онкологической клиники)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Директор института доктор Е. И. МИЛЮТИНА (ответственный редактор),
проф. Л. М. РАТНЕР, проф. Д. Г. ШЕФЕР, проф. С. А. ПОКРОВСКИЙ,
проф. Б. П. КУШЕЛЕВСКИЙ, канд. мед. наук А. Н. ЛЕБЕДЕВА,
канд. мед. наук А. В. КИРИЛЛОВА

Посвящается
60-летию со дня рождения
и 35-летию научно-практиче-
ской педагогической деятельно-
сти доктора медицинских наук
профессора
ЛЬВА МОИСЕВИЧА РАТНЕРА

СВЕРДЛОВСК — 1948

Рис. 72. Титульный лист трудов онкологической клини-
ки, посвященный 35-летию научно-практической
и педагогической деятельности профессора
Л. М. Ратнера.

До последних дней своей жизни Л.М.Ратнер поддерживал связь с врачами, не оставляя без ответа ни одного из многочисленных запросов врачей, одобряя и направляя их деятельность, как личными беседами, так и письменно.

Ученица Л.М.Ратнера, доцент В.М.Лумпова, вспоминает, что тот день, когда намечался в научном обществе, на конференции доклад, считался праздником. К докладу готовились всегда тщательно, с генеральными репетициями. Так готовились многочисленные ученики Льва Моисеевича постепенно к защите диссертаций, ибо из малого затем строилось большое. От прочитанного доклада к диссертации. Л.М.Ратнер много занимался с диссертантами.

Ученица Л.М.Ратнера О.А.Матвеева, вспоминает, что любой приезд профессора Ратнера из Москвы, где он обычно занимался в библиотеке, сопровождался привозом "материала" для каждого диссертанта. Л.М.Ратнер был в курсе всех новейших достижений медицины, а поэтому и темы диссертаций были всегда актуальными, о чем свидетельствует приведенный список защищенных под руководством Л.М.Ратнера кандидатских и докторских диссертаций (см. приложения).

Лев Моисеевич Ратнер удачно сочетал в своей личности качества прекрасного клинициста, блестящего хирурга, талантливого ученого и педагога, организатора и общественного деятеля. Как хирург Лев Моисеевич отличался необычайной четкостью своей работы, основанной на детальном знании анатомических отношений и особенностей патологического процесса оперируемого органа.

Приятно было смотреть, когда он работал у операционного стола (рис.73). Каждое движение его выражает уверенность.



Рис.73. Оперирует проф.Л.М.Ратнер.

С предельной точностью он слой за слоем рассекает ткани. Операция всегда продумана до мелочей, и, если иногда встречаются неожиданности, уверенные руки Льва Моисеевича не останавлива-

ются, может быть, чуть замедляется ритм их движения. Больные спокойно вверяли свою жизнь в руки замечательного хирурга, и многим сотням из них эти золотые руки вернули здоровье. Лев Моисеевич не замыкался в рамках практической работы. Он не только прекрасный хирург, мастер виртуозных операций, он — новатор, беспокойный и неутомимый исследователь, ищущий новых путей в хирургии. Красноречивым подтверждением этого является выступление Л.М. Ратнера на научном обществе хирургов 14 мая 1935 г. "О героических операциях"^{х)}. "Героические операции, — говорит он, — это операции, которые не получили признания, благодаря либо технической сложности, физиологической необоснованности, или, просто, благодаря консерватизму и приверженности традициям. Героическая операция это — операция будущего. Очень многие теперь общепризнанные операции через эту стадию "будущего" прошли." Далее автор демонстрирует 4-а случая "героических" операций:

- 1). Удаление комбинированным способом всей прямой кишки вместе с маткой и задней стенкой влагалища.
- 2). Удаление шейной части пищевода вместе с гортанью.
- 3). Больного с большим метастазом гипернефромы в грудине.
- 4). Случай самопроизвольной гангрены на 3-х конечностях.

Комбинация этапных операций: удаление надпочечников, ампутация нервных стволов, узловая симпатэктомия — удалось спасти конечность.

Лев Моисеевич был разносторонне образованным человеком. Он очень любил поэзию, сам писал неплохо стихи, любил музыку.

х) Новый хирургический архив, т. 34, кн. 3-я, 1935, с. 431-432.

разбирался в ней, прекрасно играл на фортепьяно. Современники вспоминают, что последняя пьеса, которую играл Лев Моисеевич, был Сентиментальный вальс П. И. Чайковского. Свой досуг он отдавал шахматам (рис. 74).



Рис. 74. Проф. Л. М. Ратнер за шахматной доской.

В чем же состояла школа Л. М. Ратнера? На этот вопрос нужно дать такой ответ: у Л. М. Ратнера все целесообразно, ново, продуманно, доступно всем по простоте приемов, глубоко по содержанию, но все это постоянно меняется и не остается на одном уровне. "Значимость крупного учителя, — писал доцент Максимов, — именно в том и состоит, что сотни и тысячи видевших его могут

также назвать его своим учителем".

Л.М.Ратнер был действительно учителем для многих хирургов. Из школы Л.М.Ратнера вышел ряд ученых, которые в настоящее время сами заведуют кафедрами - это Олешкевич Б.М., Покровский А.А., Корабельников Д.И., Гектин Ф.Л., Скобунова А.Н.^{х)} Из школы Льва Моисеевича вышли: М.С.Шульман - доктор мед.наук, заслуженный врач РСФСР; Копылова И.И. - гл.хирург г.Свердловска, кандидат медицинских наук; Горюнова М.П. - доктор мед.наук; Мезенцев - доктор мед.наук и многие другие.

Умер Л.М.Ратнер 25 февраля 1953 г. Сотни людей пришли отдать дань любви и уважения маститому хирургу Урала, среди них было много бывших пациентов Льва Моисеевича (рис.75). На могиле установлен скромный памятник из уральского гранита со скромной надписью - профессор, доктор медицинских наук Лев Моисеевич Ратнер, 1886-1953 гг. (рис.76).

Чтить память Л.М.Ратнера - это значит дальше развивать его теоретические концепции, дальше совершенствовать оперативную технику.

Все годы, прошедшие без Л.М.Ратнера, были именно годами развития его богатого научного наследия. Медицинская общественность Урала помнит Льва Моисеевича и отдает дань уважения его таланту. На всех онкологических конференциях, на заседаниях научного онкологического общества незримо чувствуется присутствие Льва Моисеевича.

В марте 1955 г. состоялось объединенное заседание научных хирургического и онкологического обществ, посвященное памяти

^{х)} Воспоминания этих ученых о Л.М.Ратнере представлены в приложении.



Рис. 75. Похороны проф. Л. М. Ратнера.



Рис. 76. Памятник на могиле профессора Л. М. Ратнера.

Л.М.Ратнера. С этого года стало традицией в марте месяце проводить такие совместные заседания, причем тематика на них созвучна той проблематике, которой занимался Л.М.Ратнер и руководимая им клиника (рис.77).

15-го марта 1967 года, в 18 часов, в аудитории института физиотерапии и курортологии /пл.Коммунаров, Физинститут/ состоится объединенное заседание Онкологического и Хирургического обществ, посвященное памяти ЛЬВА МОИСЕЕВИЧА РАТНЕРА.

П О В Е С Т К А :

- | | | | | | |
|----|---------------------------------------|---|--|---|---------|
| 1. | Проф. ШУЛЬМАН М.С. и
СОРКИН Ю.Э. | - | Врач, ученый, гражданин. | - | 25 мин. |
| 2. | ДИМОВА М.Н.
/Облонкодиспансер/ | - | К диагностике кисты бры-
жейки сигмы. | - | 10 мин. |
| 3. | ЛАВРОВСКАЯ Л.К.
/Горонкодиспансер/ | - | К вопросу о диагностике
рака мочеочника. | - | 10 мин. |
| 4. | ГИНЗБУРГ Г.Н.
/Горонкодиспансер/ | - | Гастроскопия в диагностике
рака желудка. | - | 20 мин. |
| 5. | Доцент ЛУМПОВА В.М. | - | 2 месяца работы в Центральном
Онкологическом институте. | - | 25 мин. |

ПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВ.

Рис.77. Повестка совместного заседания научных хирургического и онкологического обществ, посвященная памяти проф.Л.М.Ратнера (1967 г.).

В 1962 г. на научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей в г.Перми с докладами, посвященными истории онкологии на Урале и деятельности проф.Л.М.Ратнера, выступили автор данных строк и доктор медицинских наук, заслуженный врач РСФСР М.С.Шульман (рис.78).

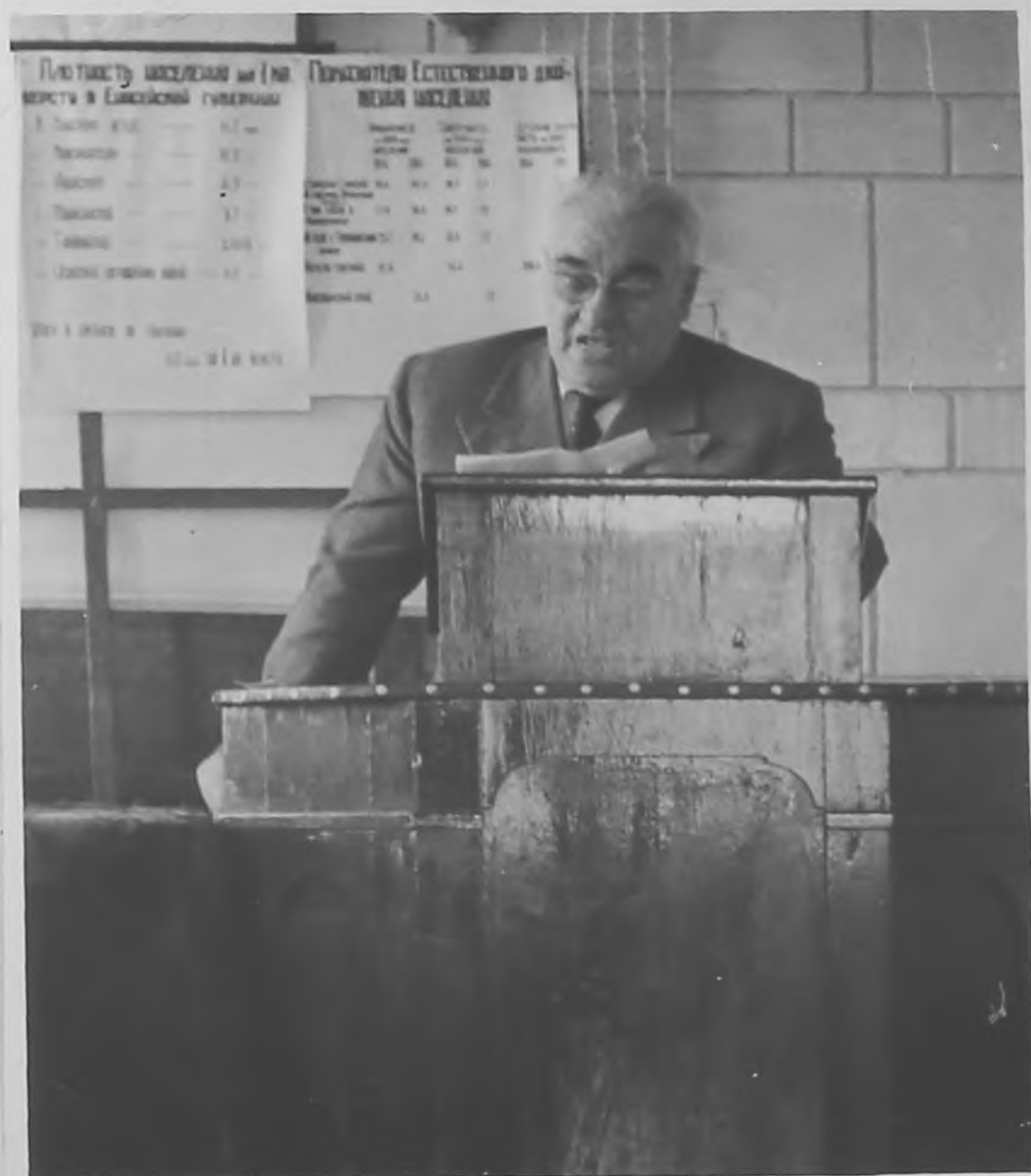


Рис. 78. Доктор мед. наук, заслуженный врач РСФСР М.С.Шульман выступает с докладом "Развитие онкологических учреждений на Урале" на научной историко-медицинской конференции в г.Перми, в 1962 г.

Символично, что в канун 80-летия со дня рождения основателя онкологии на Урале Л.М.Ратнера - 15-18 июня 1966 г. - состоялась 10-я научно-практическая конференция онкологов Свердловской области, на которой стояли актуальные вопросы - рак желудка, рак женских половых органов и многие другие вопросы (рис.79).

СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКИЙ
ОБЛАСТНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ОНКОЛОГОВ
ДЕСЯТАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ОНКОЛОГОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

15-18 июня 1966 года. СВЕРДЛОВСКИЙ

ПРОГРАММА

Среда, 15 июня, 12 часов

ПЕРВОЕ ЗАСЕДАНИЕ

- Открытие конференции.
Вступительное слово.
1. Состояние онкологической помощи в Свердловской области и меры ее улучшения. 1 час
Защита диссертации В. Л. Виноградова
 2. Состояние онкологической помощи в г. Свердловске.
Гл. врач горонкологического Л. Ю. Гринский 15 мин.
 3. Состояние онкологической помощи в г. Н. Тагиле.
Гл. врач горонкологического Д. А. Тонконозов 15 мин.
 4. Современные воззрения на происхождение опухоли человека.
Доктор мед. наук А. В. Чокан 30 мин.
 5. Состояние рентгенологической службы в онкологических учреждениях Свердловской области. 20 мин.
Гл. врач рентгенологии Р. С. Министин
 6. Роль профилактических осмотров в онкологии.
Н. Г. Казарин 20 мин.
 7. Пресса.

Четверг, 16 июня, 10 часов

ВТОРОЕ ЗАСЕДАНИЕ

РАК ЖЕЛУДКА

1. Оценка эффективности хирургического лечения рака желудка.
Член корреспондент АМН СССР профессор С. А. Халдин (Ленинград). 30 мин.
2. Отдаленные результаты электрохирургической резекции желудка при раке.
Доктор мед. наук М. С. Шурман (Свердловск). 20 мин.
3. Рак желудка в свете отдаленных результатов оперативного лечения.
Н. К. Савин (Москва). 20 мин.
4. Отдаленные результаты радикального оперативного лечения больных раком желудка и хирургических отдаленных больных г. Свердловска за 1960-1964 гг.
В. М. Ашуркин (Свердловск). 15 мин.
5. О факторах, определяющих прогноз при раке желудка.
В. Л. Бели (Ленинград). 20 мин.
6. О трудностях диагностики рака кардии.
Доктор В. М. Давыдов и А. В. Найд (Свердловск). 15 мин.
7. Рентгеноанатомические состояния при ранних и начальных формах рака желудка.
Л. Д. Минин (Свердловск). 20 мин.
8. Возможности и пределы рентгенологической диагностики рака желудка.
Г. Я. Гитelson (Свердловск). 15 мин.
9. Рентгенологические ошибки в диагностике рака желудка по материалам Свердловского онкологического центра.
М. Б. Фигур (Свердловск). 20 мин.
10. К вопросу о раке желудка из кишки.
Г. В. Гинбург (Свердловск). 15 мин.

Четверг, 16 июня, 14 часов

ТРЕТЬЕ ЗАСЕДАНИЕ

11. Рак желудка в молодом возрасте.
Н. И. Арсентьев и Г. И. Гинбург (Свердловск). 15 мин.
12. Большие Мешерты.
В. А. Крылова (Свердловск). 15 мин.
13. К вопросу о границах резекции при раке желудка.
О. Д. Ткачев (Свердловск). 20 мин.
14. К методике ручных и аппаратных эзофагоэктомированных при гастритомах.
В. И. Гинбург, В. М. Гус, В. Д. Малин, В. А. Лавин (Курган). 15 мин.
15. Об ошибках при диагностических лапаротомиях по поводу заболеваний желудка.
Канд. мед. наук Н. И. Антонова (Свердловск). 15 мин.
16. Анализ запущенных форм рака желудка по материалам Свердловского онкологического центра.
Канд. мед. наук Л. М. Протасевич (Свердловск). 15 мин.
17. Предварительные данные о применении химиопрепаратов (тио-тифа) в комплексном лечении рака желудка.
К. В. Степанович, канд. мед. наук Г. К. Курман (Свердловск). 15 мин.
18. Функциональное состояние коры надпочечников при раке желудка.
Д. А. Астафьев (Свердловск). 15 мин.

Прения.

Пятница, 17 июня, 10 часов

ЧЕТВЕРТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

РАК ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалам Свердловского онкологического центра.
Н. А. Арсентьев (Свердловск). 20 мин.
2. Предрак шейки матки и его лечение.
Н. М. Солонина (Свердловск). 15 мин.
3. Актуальные вопросы диагностики и лечения хорноэпителиом.
Член корреспондент АМН СССР профессор Л. А. Номов, канд. мед. наук В. Ф. Савин (Москва). 30 мин.
4. Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалам Н. Тагильского онкологического центра.
А. А. Петрова (Н. Тагил). 20 мин.
5. Отдаленные результаты комбинированного лечения рака шейки матки.
З. С. Платонова (Свердловск). 15 мин.
6. Отдаленные результаты лечения рака яичников по материалам Свердловского онкологического центра.
В. С. Гаршин (Свердловск). 15 мин.
7. Химиотерапия рака яичника.
Доктор мед. наук Н. Д. Носова (Ленинград). 20 мин.

Перерыв.

Пятница, 17 июня, 14 часов

ПЯТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

8. Цитологические исследования при заболеваниях женской половой сферы.
Л. Г. Панкова (Свердловск). 15 мин.
9. К вопросу о раке шейки матки, развивающемся на кулите после навазалической ампутации.
Н. Д. Октябрь (Свердловск). 15 мин.
10. Применение механического шва аппаратом УКЛ-60 при расширенных загибках матки.
Н. К. Савин и А. И. Давыдов (Москва). 15 мин.
11. Состояние внутринарного лимфатического аппарата при раке матки.
Е. В. Астафьев (Свердловск). 20 мин.
12. Состояние сетчатомембранных структур саркомы матки в свете отдаленных результатов.
Н. И. Савин (Свердловск). 15 мин.
13. Роль смотровых кабинетов выявления гинекологических заболеваний.
Н. В. Назарова (Свердловск). 15 мин.

Прения.

Суббота, 18 июня, 12 часов

ШЕСТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

1. Возможности распознавания и лечения рака прямой и толстой кишки.
Член корреспондент АМН СССР профессор С. А. Халдин (Ленинград). 30 мин.
2. О выборе метода лечения рака прямой кишки.
Б. И. Савин (Москва). 20 мин.
3. Анализ оперативного лечения новообразований толстой кишки.
Доктор мед. наук М. С. Шурман (Свердловск). 20 мин.
4. Причины поздней диагностики рака толстой кишки.
В. И. Галд (Свердловск). 15 мин.
5. Проблема оперативного лечения рака правой половины ободочной кишки.
Канд. мед. наук Н. Д. Витковский (Курган). 15 мин.
6. Состояние и перспективы химиотерапии злокачественных опухолей.
Член корреспондент АМН СССР профессор Л. Ф. Лавин (Москва). 20 мин.
7. Некоторые направления в изысканиях химических средств противоопухолевого действия.
Доктор химических наук профессор Л. В. Приказов (Свердловск). 20 мин.
8. Консервативное лечение отека верхней конечности после мастэктомии.
Л. Е. Швец (Ленинград). 15 мин.
9. Диагностическая секторальная резекция молочной железы при подозрении на рак.
Канд. мед. наук Л. С. Павлов (Свердловск). 15 мин.
10. Отдаленные результаты оперативного лечения больных раком молочной железы по данным хирургического отделения г. Свердловска.
В. М. Ашуркин (Свердловск). 15 мин.

Прения.

Рис. 79. Программа 10 научно-практической конференции онкологов Свердловской области 15-18 июня 1966 г.

Эта конференция состоялась спустя 30 лет после первой, которая собралась по инициативе профессора Л.М.Ратнера, и подвела итог многолетней работы по онкологии на Урале. В работе конференции приняли участие ведущие онкологи страны — член-корреспондент АМН СССР проф.Л.М.Новикова /Москва/, член-корреспондент АМН СССР проф.С.А.Холдин /Ленинград/, доктор медицинских наук А.В.Чаклин /Москва/, доктор медицинских наук И.Д.Нечаева /Ленинград/, член-корреспондент АМН СССР проф.Л.Ф.Ларионов /Москва/. В работе конференции кроме того приняли участие — доктор химических наук проф.З.В.Пушкарёва /Свердловск/, кандидат мед.наук, заслуженный врач РСФСР Я.Д.Витебский /Курган/ и многие другие.

Закрывая Свердловскую областную онкологическую конференцию в 1952 г.^{х)}, в заключительном слове и.врач Облонкодиспансера Ф.М.Теплоухова говорила: "Особенно большую признательность мы должны выразить старейшему свердловскому онкологу — профессору Л.М.Ратнеру, который с огромным энтузиазмом участвует в нашей научно-исследовательской работе...".

Да, каждый, кто знал Льва Моисеевича, вспоминает прошлое, связанное с его жизнью и деятельностью, и стремится выразить свои чувства к этому большому человеку, который принадлежит к числу виднейших представителей медицинской науки (рис.80).

Научное наследие Л.М.Ратнера имеет исключительное значение. Это труды талантливого ученого, самоотверженного в стремлении разгадать тайны возникновения онкологических заболеваний и

^{х)} Последняя конференция, на которой присутствовал проф.Л.М.Ратнер.

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ

ИМЕНИ
И.И. ГРЕКОВА

1

Медицина · 1968



ЛЕВ МОИСЕЕВИЧ РАТНЕР
1886-1953

ЛЕВ МОИСЕЕВИЧ РАТНЕР

Лев Моисеевич Ратнер родился в 1886 г. В 1910 г. окончил медицинский факультет Московского университета, а затем 4 года специализировался в клинике проф. И. Х. Давида по урологии. В годы первой мировой и гражданской войн — с 1914 по 1920 г. был военным врачом эвакуационных, а с 1920 г. до конца своей жизни работал в Свердловске. В 1921 г. Л. М. Ратнер был избран заведующим кафедрой общей хирургии Уральского университета, а с основанием Свердловского медицинского института руководил кафедрой факультетской хирургии.

В 1930 г. им была создана онкологическая клиника, превратившаяся в научный, методический и организационный центр. Л. М. Ратнер до конца жизни руководил этой клиникой; в ней были подготовлены многочисленные кадры научных работников и врачей-онкологов. Здесь были разработаны и введены в практику многие оригинальные методы и модификации операций по поводу рака желудка, шейного отдела пищевода, рака нижней губы, толстой кишки.

В 1931 г. Л. М. Ратнером был организован в Свердловске филиал Центрального института переливания крови.

Л. М. Ратнер был одним из организаторов основанного в 1921 году Уральского медицинского научного общества и в течение 25 лет являлся бессменным председателем Свердловского научного общества хирургов.

Леву Моисеевичу Ратнеру принадлежат свыше 70 печатных трудов, в числе которых 4 монографии. Тематика этих трудов охватывает, кроме онкологии, разнообразные вопросы наркоза, переливания крови, гнойной инфекции, урологии, хирургии сосудов, органов брюшной полости, неотложной хирургии. Наибольшей известностью пользуется его монография «Диагностические ошибки в диагностике рака грудной железы» (1949).

Умер Л. М. Ратнер в 1953 г.

Рис. 80. Титульный лист журнала "Вестник хирургии им. И.И. Грекова" №1 за 1968 г.

найти пути избавления человечества от них.

Личность Л.М. Ратнера весьма многогранна и разнообразна, он был не только талантливым ученым, но и высокоинтеллектуальным и разносторонне образованным человеком, патриотом, ученым-исследователем и ученым-организатором, замечательным педагогом и популяризатором, общественным деятелем и, несомненно, мастером художественного изложения.

Наиболее характерными и обаятельными чертами личности Л.М. Ратнера следует считать его подлинный гуманизм, любовь к

людям, простоту, демократизм в отношениях с ними, высокую культуру и интеллигентность, честность и правдивость. Это в общественном значении — преданность народу, Родине. Эти главные черты личности проявляются с первых шагов его самостоятельной жизни и до последнего вздоха^{х)}.

б) Основные принципы диагностики рака и вклад
Л.М.Ратнера и его учеников

Клинику Л.М.Ратнера с самого зарождения интересовали две большие проблемы:

- а) проблема ранней диагностики злокачественных опухолей;
- б) борьба за улучшение результатов лечения злокачественных опухолей.

В разрешение первой проблемы входят следующие вопросы:

- 1) Прекарциноматозы,
- 2) диагностические ошибки,
- 3) закономерности метастазирования,
- 4) причины поздней обращаемости,
- 5) изучение общих реакций у раковых больных,
- 6) новая методика рентгено-диагностики.

В решение второй проблемы входят следующие вопросы:

- 1). Правильный выбор метода и индивидуализация в лечении злокачественных опухолей.
- 2). Улучшение оперативной техники.

Обе эти проблемы неразрывно связаны друг с другом.

х) М.С.Шульман, Ю.Э.Соркин. Лев Моисеевич Ратнер (к 80-летию со дня рождения). "Вопросы онкологии", т.XIV, №-6, 1968 г. стр. 123-125.

Проблема ранней диагностики непосредственно связана с учением о предраке. В следующих схемах представлены пути, ведущие к улучшению ранней диагностики злокачественных опухолей и к улучшению результатов лечения больных злокачественными опухолями (рис. 81, 82).

ПУТИ, ВЕДУЩИЕ К УЛУЧШЕНИЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ранняя диагностика злокачественных опухолей

Диагностические ошибки

Общие принципы—проф. Ратнер Л. М.
Общее учение—проф. Ратнер Л. М.
и Лебедева А. Н.
Желудок—Скобцова А. Н.
Грудная железа—проф. Ратнер Л. М.
Пищевод—Князев В. В.
Легкие—Ратнер Л. М., Воронилкин, Яковлев
Яичко—Виткин С. Ф.
Кожа—Назаров И. Н.
Кости—Покровский С. А.
Женские половые органы—Лебедева А. Н.

Причины поздней обращаемости

Рак матки—Бенедиктова А. П.
Рак грудной железы—Шарлаш Э. Б.
Рак желудка—Скобцова А. Н.

Новая методика рентгенодиагностики опухолей

Маммография—Гильберт Г. П.
Рентгенодиагностика глубоко расположенных лимфатических узлов—Покровский С. А., проф. Ратнер Л. М.
Рентгенодиагностика опухолей костей—Покровский С. А.

Прекарциноматозы

Пищеварительный тракт—проф. Ратнер Л. М.
Желудок—Скобцова А. Н.
Грудная железа—Веденина О. М.
Рубцы—проф. Ратнер Л. М.

Изучение закономерностей метастазирования

Грудная железа—Горюнова М. П.
Матка—Горюнова М. П.
Общее учение о метастазировании—Горюнова М. П.
Легкие—Горюнова М. П.
Кости—Покровский С. А.

Изучение общих реакций у раковых больных

Морфология крови—Бенедиктова А. П.
Белковые фракции—Кириллова А. В.
Глютамин—Кириллова А. В.
Дизоксидативная карбонурия—проф. Ратнер Л. М., Ротфельд Л. С.
Хинон—Юделес А. Л.
Осмотическая резистентность эритроцитов—Гаврилов Ф. М.

Рис. 81. Пути, ведущие к улучшению ранней диагностики злокачественных опухолей.

На предлагаемых схемах представлены основные моменты, влияющие на успешность лечения злокачественных опухолей.

Каждый из приведенных на схеме факторов очень важен. Невни-

СХЕМА. ИЛЛЮСТРИРУЮЩАЯ ПУТИ, ВЕДУЩИЕ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

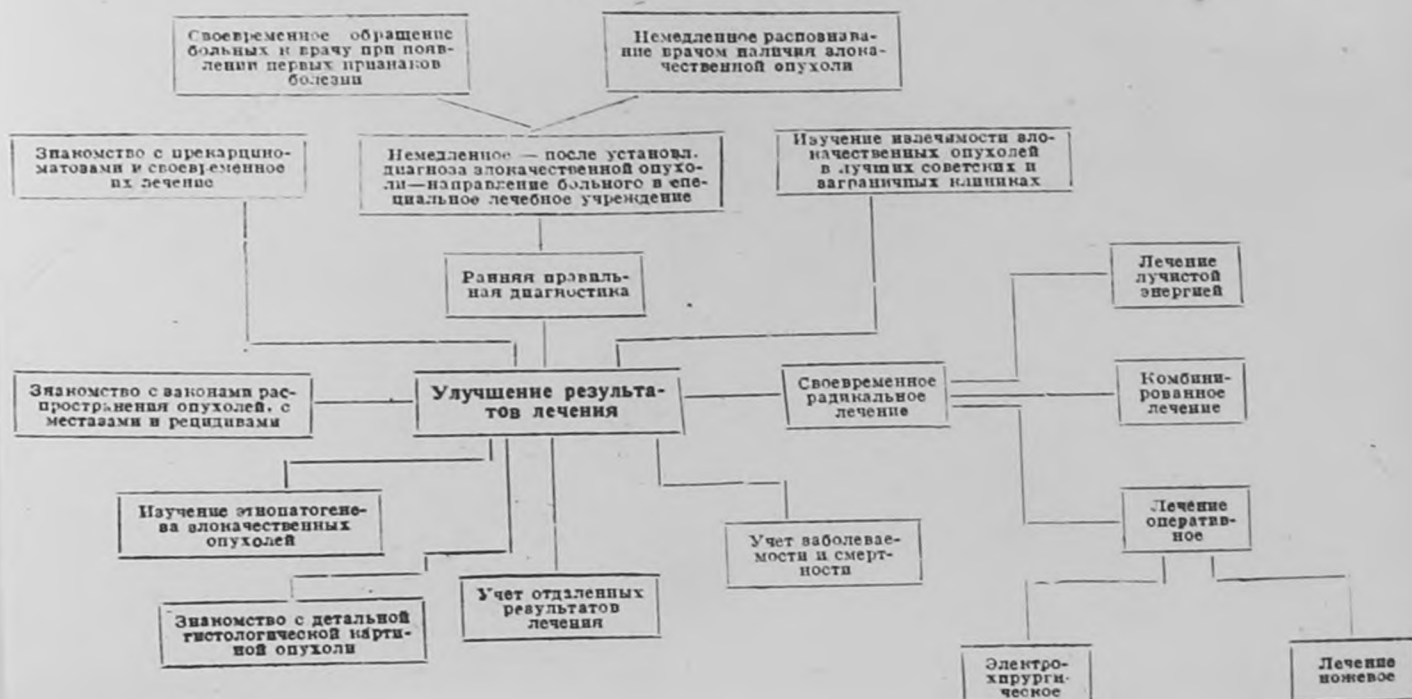


Рис. 82. Пути, ведущие к улучшению результатов лечения больных злокачественными опухолями.

мательное отношение к любому из них грозит печальными последствиями. Но по мнению большинства онкологов, самым важным и основным моментом является ранняя и правильная диагностика. Руководствуясь этим положением, клиника Л.М.Ратнера начала изучать причины, тормозящие раннюю диагностику и обуславливающие позднюю обращаемость больных в онкологические клиники. Такие работы были проведены А.П.Бенедиктовой (рак матки), А.Н.Скобуновой (рак желудка), И.И.Назаровым (рак кожи), Э.Б.Шарлаш (рак грудной железы), С.Д.Нарбутовским (рак губы).

Эти работы на сравнительно большом материале показали, что первое место среди причин поздней обрачаемости занимает неправильная и запоздавшая диагностика. Из этих работ родилась мысль о необходимости детального и всестороннего изучения диагностических ошибок и источников их возникновения. Это было сделано на основании литературного и большого собственного материала (Л.М.Ратнер и А.Н.Лебедева, 1939 г.).

Разрабатываемая под руководством Л.М.Ратнера онкологическая проблематика сводилась к следующим положениям:

Первое положение — начальный рак и предрак — понятия почти неотделимые.

По этому поводу В.С.Левит в 1960 г. пишет: "Заслуживают внимания положения, выдвинутые Л.М.Ратнером в его книге "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы". По мнению Л.М.Ратнера, для успешного лечения рака молочной железы необходимо хорошо знать все предраковые заболевания. Ранняя диагностика рака молочной железы возможна при учете характерных признаков ранней формы его"/В.С.Левит — 203/.

Л.М.Ратнер дает понятие прекарциноматоза "Под таковым мы понимаем при клиническом подходе только те заболевания, которые в большом проценте переходят в рак, а при гистологическом критерии — те патологические изменения в эпителии, которые морфологически сходны с различными фазами развития экспериментального рака. Следовательно, к прекарциноматозам будут относиться длительные, резко выраженные, продуктивные, воспалительные, регенераторные и метастатические процессы, гетеротопии и фиброэпителиальные доброкачественные опухоли". Отсюда вывод:

тот, кто не верит в существование прекарциноматозов, кто не изучает предраков, не придерживается тактики беспощадной борьбы с ними, тот никогда не добьется ни ранней диагностики рака, ни его успешного лечения. Это положение красной нитью прошло через всю научную и практическую работу Свердловской онкологической клиники с первых дней ее существования. Вопросу прекарциноматоза посвящена кандидатская диссертация О. М. Ведениной "Фиброзно-кистозная мастопатия и ее отношение к раку", 1948 г. Закрывая межобластную онкологическую конференцию в 1948 г., проф. Л. М. Ратнер говорил: "...Мы считали себя обязанными показать Вам, какое колоссальное значение имеет изучение предраков и своевременная борьба с ними. Мы имеем уже ясно выраженное понятие — предрак. Все предраки, почти всех без исключения органов — и желудка, и матки, и грудной железы — это уже не миф, как говорили раньше...".

Второе положение, которое выдвинула клиника Л. М. Ратнера, гласило — диагностические ошибки являются самым страшным врагом ранней диагностики.

По этим соображениям было посвящено этой проблеме II работ, из них 3 монографии.

Для лучшей ориентировки в причинах диагностических ошибок Л. М. Ратнер совместно с А. Н. Лебедевой создали классификацию их.

П е р в а я г р у п п а. Опухоли смешиваются с процессами местного характера и местного проявления общего заболевания.

1. Опухоли симулируют воспалительные процессы и обратно.

- а) опухолевая непроходимость органов трактуется как вульгарная,
- б) опухоли диагностируются как невриты и миелиты и обратно.

2. Опухоли диагностируются как цирротические и дегенеративные процессы и обратно.

3. Опухоли трактуются как врожденные заболевания и обратно.

4. Опухоли принимаются за функциональные заболевания и обратно.

5. Опухоли смешиваются с каменной болезнью.

6. Опухоли смешиваются с паразитарной кистой (эхинококк, цистицерк).

7. Вторичные присоединяющиеся к опухоли заболевания принимаются за первичные.

8. Включают ошибки, не вошедшие ни в одну из предыдущих групп: рак прямой кишки диагностируется как геморрой; гидроцеле симптоматическое, развивающееся на почве опухоли, диагностируется как первичное; опухоль диагностируется как аневризма или гематома и т.д.

В т о р а я г р у п п а: опухоли смешиваются с общими заболеваниями.

1. Опухоли внутренних органов трактуются как острые инфекционные заболевания (брюшной тиф, паратиф, милиарный туберкулез) и обратно.

2. Опухоли внутренних органов смешиваются с хроническими заболеваниями типа *sepsis lenta* и обратно.

3. Опухоли принимаются за болезнь крови и обратно.

4. Опухоли принимаются за проявление истеро-невротизации и психических заболеваний и обратно.

5. Опухолевое истощение смешивается с таковым на почве эндокринных расстройств.

Третья группа: ошибки детального распознавания.

1. Опухоль, локализуясь в одном органе, диагностируется в другом.

2. Опухоль, расположенная вне органа, диагностируется как внутриорганный.

3. Опухоль диагностируется в одном из парных органов, но на противоположной стороне.

4. Метастаз опухоли принимается за первичный очаг и обратно.

5. Доброкачественная опухоль трактуется как злокачественная и обратно.

6. Гистологический характер опухоли установлен неправильно.

7. Стадий заболевания оценен неправильно.

Л.М.Ратнер и его сотрудники А.Н.Скобунова, А.Н.Лебедева в основе ошибочной или поздней диагностики рака усматривают, главным образом, следующие причины: особенности течения раковых заболеваний; врачебная погрешность и опущения, допускаемые при обследовании раковых больных; недостаточность самих приемов и методов распознавания рака. Л.М.Ратнер, говоря об ошибках диагностики рака, обусловленных особенностями самого этого заболевания, приводит следующие четыре основные причины:

Первая причина заключается в том, что опухоли локализируются во всех без исключения областях человеческого тела, поражают все органы и ткани и имитируют заболевания самой разнообразной природы. "Онколог должен быть, следовательно, универсальным специалистом, — пишет Л.М.Ратнер, — и чувствовать себя одина-

ково уверенно как в мозгу, так и в прямой кишке".

Вторая причина в том, что "Не менее 60% опухолей локализуется в брюшной, грудной и черепной полостях, где вообще диагностика более трудна, чем в других частях тела".

Третья причина - в полном или почти полном отсутствии симптомов, даже при больших опухолях, что представляет собой заурядные явления. "Особенно выделяются своим незаметным и коварным течением, - пишет Л.М.Ратнер, - раки желудка и легких".

Четвертая причина, - наконец, в том, что к опухолям очень нередко присоединяются вторичные воспалительные процессы, что всегда затрудняет диагностику.

5 июня 1935 г. на совместном заседании Свердловского общества хирургов с обществом рентгенологов с докладом "Причины поздней обращаемости больных раком женских половых органов по материалу СОФИ" выступила А.П.Бенедиктова. Докладчица разработала материал из 1000 историй болезни за 5 лет существования СОФИ. Причины позднего поступления больных раком матки таковы:

1. Диагностические ошибки врачей - 17,1%.
2. Явно небрежный осмотр больных медперсоналом - 4%.
3. Пассивное отношение медработников к больным раком - 5,3%.
4. Несвоевременное направление на рентгенотерапию после удаления раковой матки - 11,2%.
5. Латентное течение болезни - 4,3%.
6. Задержка путевок на местах - 1,8%.
7. Вина самих больных - 20,4%.
8. Причина не указана - 26,4%.

Всего поздних направлений 916, вовремя направлено - 84 случая.

Выступая в прениях, доктор Яковлев говорил, что доклад произвел ошеломляющее впечатление: из 1000 больных только 84 доставлены в курабельной стадии, процент врачебных ошибок и небрежности слишком велик. Необходимо шире и глубже развивать противораковую борьбу. Доктор Скобунова А.Н. говорила, что ею изучены причины позднего обращения больных раком желудка по материалам СОБИ за те же 5 лет. Цифры не менее ошеломляющие: фигурирует вина врачей почти в 70%. В оценке последней надо быть чрезвычайно осторожным, и, в первую очередь, следует понимать под этим термином плохую подготовленность врачей в вопросах онкологии, относя лишь ничтожный процент случаев за счет небрежности. Организационные выводы из доклада Бенедиктовой очевидны и имеют огромное значение. Доктор Ляпустин и доктор Голованова говорили, что представленный доклад весьма полезен и поучителен, он раскрывает наши ошибки, их причины, зарождает мысли о способах устранения их. Систематические курсы для врачей - главный залог успеха противораковой борьбы.

Заключая заседание, председатель его проф. Л.М. Ратнер отметил, что заслушанный доклад и прения позволили сделать вывод, что для улучшения борьбы со злокачественными новообразованиями (у женщин) необходимо:

1. Ввести курс по онкологии в медвузах.
2. Периодические курсы для усовершенствования врачей.
3. Поголовный осмотр женщин в отношении состояния гениталей.
4. Увеличение количества раковых кокс с целью концентрации

раковых больных в специальных учреждениях (необходимо и для изучения и для лечения рака).

Раскрытие наших ошибок помогает и в этом трудном деле лечения раковых больных. К анализу ошибок призывает и заслушанный доклад^{х)}.

Третье положение — рак многолик. Поэтому следует проводить дифференциальную диагностику не только между раком и каким-либо другим заболеванием вообще, но стремиться дифференцировать отдельные формы этих заболеваний.

Своевременная диагностика будет невозможна до тех пор, пока диагноз будет проводиться только между раком и 2-3 наиболее часто встречающимися заболеваниями.

В мышлении врача должно найти место для всей обширной группы болезней, встречающихся в данном органе.

Отсюда вывод: онколог должен знать не только свою специальность, но и быть широко эрудированным во всех отраслях клинической медицины.

В связи с этим еще в 1948 г. проф. А.Т.Лидский говорил на областной онкологической конференции: "Онкология представляет собой такую область, в которой сходятся все отрасли современной хирургии и медицины, и тот человек, который оторвался от онкологии, волей-неволей должен много потерять из того капитала, который он уже в момент отрыва мог приобрести".

В процессе анализа диагностических ошибок выявилось значительное количество их, совершенных врачами из-за незнания закономерностей распространения опухолей и неумения применять их

^{х)} Новый хирургический архив, т. 34, кн. 4, 1935 г., с. 576.

в хирургической практике.

Клиника Л.М.Ратнера дает понятие ранней диагностики рака. Под ранней диагностикой подразумевается не диагностирование маленького по размерам /карликового/ рака, который может сопровождаться обширнейшими метастазами, а диагностика преметастатической стадии, когда не только в лимфоузлах, но и в окружающих лимфатических сосудах нет раковых клеток.

Вот почему так важно знание закономерностей прямого распространения и метастазирования опухолей.

В клинике Л.М.Ратнера доктор М.П.Горюнова, начиная с 1933 года, занималась этим вопросом, результатом послужила кандидатская, а затем докторская диссертации — "Закономерности метастазирования и прямого распространения злокачественных опухолей и их клиническое значение (общая и специальная часть)". Работа М.П.Горюновой отличается от подобных работ всемерным стремлением автора увязать патологоанатомические данные с данными и запросами клиники. Вот, например, к каким выводам пришла М.П.Горюнова в докладе "Закономерности прямого распространения и метастазирования рака желудка", сделанного на областной онкологической конференции в 1948 году.

1. Рак желудка в 28% всех случаев имеет тенденцию к прямому распространению, как в отношении перехода опухоли по продолжению, так и по соседству.

2. Переход рака на пищевод при "высоких" раках совершается чаще, чем переход пилорических и пилороантральных раков на 12-ти перстную кишку.

3. Рак желудка имеет склонность усиленного роста в сторону кардии, особенно при инфильтрирующих раках, вследствие чего верхняя линия резекции должна отстоять от пальпируемой границы опухоли не менее чем на 10 сантиметров.

Нижнюю линию резекции достаточно отодвинуть от привратника на 3-4 сантиметра, так как протяжение опухолевого роста здесь обычно не превышает 2-х см.

4. При переходе рака на соседние органы чаще всего поражается поджелудочная железа, а затем в убывающем порядке брюшная поперечно-ободочная кишка и сама кишка, печень.

5. Наиболее благоприятными для резекции являются ограниченные опухоли, особенно фунгозные их формы.

6. Излюбленным путем метастазирования рака желудка является лимфогенный путь. Исключительно гематогенное метастазирование при раке желудка крайне редко.

7. Рак желудка у молодых протекает более злокачественно, чем в пожилом и старческом возрасте.

8. По локализации первичной опухоли наиболее злокачественными в смысле метастазирования мы можем считать диффузные раки всего желудка, "высокие" раки и раки малой кривизны.

9. Отмечается зависимость между макроскопической формой первичной опухоли и тенденцией рака к прямому или метастатическому распространению, а также к генерализации метастазирования.

10. Наиболее доброкачественными гистологическими формами можно считать аденокарциному и скирр, наиболее злокачественными - недифференцированный и слизистый рак.

Работа М.П. Горюновой показала, что при своей сложности распространение опухолей происходит не хаотически, а по вполне определенным законам. Только строжайший учет этих закономерностей может привести к эффективному лечению. В работах М.П. Горюновой имеется много ярких примеров последствий незнания закономерностей метастазирования. У больного после казалось бы радикальной операции рака нижней губы с удалением желез получились метастазы, исходящий из субаурикулярных поверхностных шейных желез. Об этой группе желез, лежащей выше угла нижней челюсти, хирурги обычно забывают. Наблюдавшийся метастаз заставил изменить технику операции и каждый раз удалять и эту группу желез.

После удаления грудной железы по поводу рака дважды получили метастазы на фасции, покрывающей *m. serratus*. Отсюда был сделан вывод о необходимости обязательного удаления этой фасции.

Практическое значение, указывает далее клиника Л. М. Ратнера, имеет не только ранняя диагностика, но и своевременное распознавание метастатической стадии, ибо в противном случае — тысячи напрасных пробных калечащих операций, хотя в последние годы Л. М. Ратнер и допускал расширенные радикальные операции — создание малой брюшной полости, — если они обоснованы с онкопозиций (канд. диссертации Кожевниковой Н. П. "Рак слепой и восходящей кишки", 1953 г.).

Следующее положение — как бы велики не были специальные знания, ранняя диагностика опухолей не осуществима без раннего обращения больных.

Это Л. М. Ратнеру принадлежат слова: "Если мы хотим выйти победителями в борьбе с карциномой, мы должны всеми мерами, всеми средствами пропагандировать у населения мысль об излечимости карциномы". И далее "...Самым опасным, самым упорным нашим врагом является скептицизм врачей, их неверие в излечимость рака, переходящее от одного поколения врачей к другому и передающееся широким массам трудящихся, который сводит на нет все самые энергичные мероприятия по борьбе со злокачественными опухолями". "Рак вполне излечим, страшен не рак, а плохая организация", — заключает Л. М. Ратнер.

Учитывая это обстоятельство, сотрудники клиники Л. М. Ратнера стали изучать причины поздней обращаемости и увидели, что этих причин много.

Согласно протоколу на выявление случаев запущенного рака причины эти следующие (предложены Л.М.Ратнером и вошли в Инструкцию Министерства здравоохранения):

- 1). Недостаточное знание врачами онкологии;
- 2). Неполное обследование больного;
- 3). Ошибки в диагностике:
 - а/ клинической,
 - б/ рентгенологической,
 - в/ пато-гистологической.
- 4). Длительное исследование больного.
- 5). Скрытое течение болезни.
- 6). Неосведомленность больного о раке.
- 7). Небрежное отношение больного к своему здоровью.

По вычислениям Л.М.Ратнера и А.Н.Скобуновой, в 57% случаев, например, рак желудка не распознается по вине врачей, отсюда вывод: "Запоздалое распознавание объясняется не столько слабостью диагностических возможностей, сколько слабостью диагностических стремлений".

Проблеме выявления причин поздней обращаемости посвящены 22 научных работы, 3 монографии. Эти работы систематизировали и углубили все то, что помогает ранней диагностике. Большое значение Л.М.Ратнер придавал общественной борьбе с раком, особенно с раком матки. В 1935 г. он написал работу "Несколько мыслей об общественной борьбе с раком женской половой сферы на Урале".

Обилие диагностических ошибок требовало поисков новых диагностических методов и новых диагностических реакций.

Сотрудники клиники Бенедиктова А.П. и Гаврилов Ф.М. изучили морфологические изменения крови и осмотической резистентности эритроцитов у раковых больных.

Биохимик Кириллова А.В. изучила поведение белковых фракций и глутатиона, а доцент Юделис А.Л. вел наблюдения над действием хинина и гидросульфата на гликолиз крови раковых больных. А.Л. Юделис и Качанова изучили обмен веществ у раковых больных. Особенно интересная работа - о влиянии формальдегида при изучении вопроса о содержании связанной серы в моче у раковых больных.

Качанова доказала канцерогенное действие 9-10 деметила, 1-2 бензантрацена, который был синтезирован в лаборатории проф. З.В. Пушкаревой под руководством проф. И.Я. Пастовского. Здесь видим тесную связь между работниками органической химии и работниками института. Такую связь, несомненно, необходимо приветствовать.

Совместно с биохимиком Л.С. Ротфельд Л.М. Ратнер пытался с помощью реакции дезоксидативной карбонурии диагностировать начальный рак.

Из рентгенологических методов широко использовалась маммография.

Доктор Г.П. Гильберт провела свыше 100 маммографических исследований у больных самыми различными заболеваниями грудных желез. Этот метод позволяет выявить самые тонкие изменения в молочных протоках и все предраковые состояния до незначительных капиллярных разрастаний.

Динамическое наблюдение за больными, страдающими фиброзно-

кистозной мастопатией, правильная оценка симптомов, иссечение всяких подозрительных участков уплотнения в молочной железе со срочным гистологическим исследованием — вот пути к распознаванию раннего рака и борьбы с предраковыми заболеваниями молочной железы.

Пользуясь методикой контрастной маммографии, клиника Л.М.Ратнера применяла секторные иссечения участка железы, в котором располагается проток, содержащий капилярную опухоль.

Удаленный участок подвергался срочному гистологическому исследованию, и в случае обнаружения рака производилась радикальная операция. Такая тактика дает возможность избежать лишние калечащие операции, которые совершенно нежелательны в молодом возрасте.

В 1946 г. Г.П.Гильберт защитила кандидатскую диссертацию на тему: "Маммография и ее значение в диагностике заболеваний грудной железы", 1946 г.

Большое значение придавала клиника Л.М.Ратнера цитологическому методу исследования в диагностике злокачественных опухолей. Сотрудник клиники С.Б.Терехова широко занималась этим методом. Свердловская онкологическая клиника изучала и культивировала этот метод. По этому вопросу в Свердловске и Ленинграде на конференции лабораторных работников И.Н.Грязновой были сделаны доклады, которые на основании значительного материала подтвердили большую ценность этого метода для диагностики злокачественных новообразований, причем можно пользоваться несколькими цитологическими методами.

Например, при раке шейки матки — вагинальные мазки, соско-

бы, пункции, при раке легких - цитологическое исследование мокроты, цитологическое исследование отделяемого, получаемого через бронхоскоп и пунктат опухоли легких.

Объектом цитологического исследования могут быть все без исключения опухоли человеческого тела.

Простота, доступность техники, несложность аппаратуры, минимум травмирования тканей и значительно меньшая опасность, чем при хирургической биопсии, делает цитологический метод применимым в амбулаторной обстановке. Простота техники получения и окраски позволяет быстро получить ответ. Этот метод дешев, так как не требует госпитализации больного, может быть без всякого вреда применен многократно у одного и того же больного, этот метод незаменим при глубоком и недоступном для биопсии расположении опухолей, в гинекологической практике при инфекции и беременности. Этот метод имеет большое практическое значение в противораковой борьбе, особенно на периферии, где может не быть гистологической лаборатории.

На материале клиники совпадение цитологических исследований с гистологическими анализами было в 93,8% случаев.

в) Принципы оперативных вмешательств при злокачественных опухолях в различных областях человеческого организма. Вклад школы проф. Л. М. Ратнера в этом вопросе

Вторая проблема, над которой работал коллектив Свердловской онкологической клиники - это борьба за улучшение результатов лечения злокачественных опухолей. Эта проблема неразрывно связана с первой - с проблемой ранней диагностики злокачественных опухолей.

На Межобластной онкологической конференции в 1948 г. Л.М.Ратнер говорил: "Прогресс в области лечения рака в настоящее время очень велик. Если бы кто-нибудь из вас поинтересовался и прочитал диссертацию Бенедиктовой об излечении рака, какие были результаты лечения рака, то сразу перестали бы быть скептиками и увидели прекрасные результаты".

Первый и важнейший путь, ведущий к улучшению результатов лечения — это правильный выбор метода.

Но, как говорил Л.М.Ратнер, нет другой области медицины, где было бы так сложно найти правильный метод лечения, как в онкологии. Для облегчения положения существуют схемы лечения и можно выбирать методы и лечение по схеме. Клиника Л.М.Ратнера пользовалась схемой А.В.Мельникова. По этой схеме выбор метода лечения зависит, во-первых, от локализации опухоли и, во-вторых, от стадии заболевания.

Но, как справедливо замечает Л.М.Ратнер, любая схема может быть только направляющей, ибо жизнь заставляет без конца отклоняться от схемы.

Клиника Л.М.Ратнера в своей научной и практической работе всемерно стремилась к индивидуализации в лечении злокачественных опухолей. Анализ лечения злокачественных опухолей, проведенный А.П.Бенедиктовой (23,24,25) в историческом аспекте показал, что во все времена и при всех локализациях результаты лечения улучшались параллельно с улучшением оперативной техники. Это обстоятельство побудило клинику Л.М.Ратнера вновь и вновь пересматривать и улучшать оперативную технику.

Сотрудники клиники С.Д.Нарбутовский (234) и Ф.Л.Гектин(71)

внесли весьма полезные видоизменения в операцию иссечения лимфоузлов при раке нижней губы. Как принято в литературе, эта операция носит название - операция второго этапа по Нарбутовскому С.Д. М.С.Шульман одновременно с профессором С.А.Холдиным опубликовал новый метод операции асептического электрохирургического анастомоза, а затем такой же метод резекции желудка (докторская диссертация защищена в 1948 г.)/рис.83-86/.

Л.М.Ратнером на трупах была разработана техника операции ампутации *interinomia abdominalis*. Эта же операция легла в основу диссертации Хайновского Н.У. "Операция удаления нижней конечности с половиной таза при злокачественных новообразованиях", которая защищена в 1950 году. В статье "24 случая ампутации нижней конечности с половиной таза" Н.У.Хайновский указывает, что из 24 случаев в 18 случаях операция произведена в онкологической клинике Свердловского физинститута и 6 - в факультетской хирургической клинике медицинского института. У 19 больных эти операции производились проф.Л.М.Ратнером, в 5 случаях операции произведены автором.

Первая операция - удаление нижней конечности с половиной таза - была осуществлена в клинике в 1930 г.

Сотрудник клиники Р.Я.Шиперова несколько усовершенствовала операцию иссечения шейной части пищевода вместе с гортанью при раке его. Ее защищена в 1948 г. диссертация на тему: "Рак шейного отдела, пищевода и его оперативное лечение".

Р.Я.Шиперова собрала 82 литературных случая резекции шейной части пищевода, где видно, что каждый автор оперировал по собственному методу. То резецировали только пищевод и сшивали его отрезки, то сшивали частично ту и другую стенку, то удаляли

**ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ —
АСЕПТИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА по методу доктора
мед. наук М. С. ШУЛЬМАН**

(Негативное изображение)

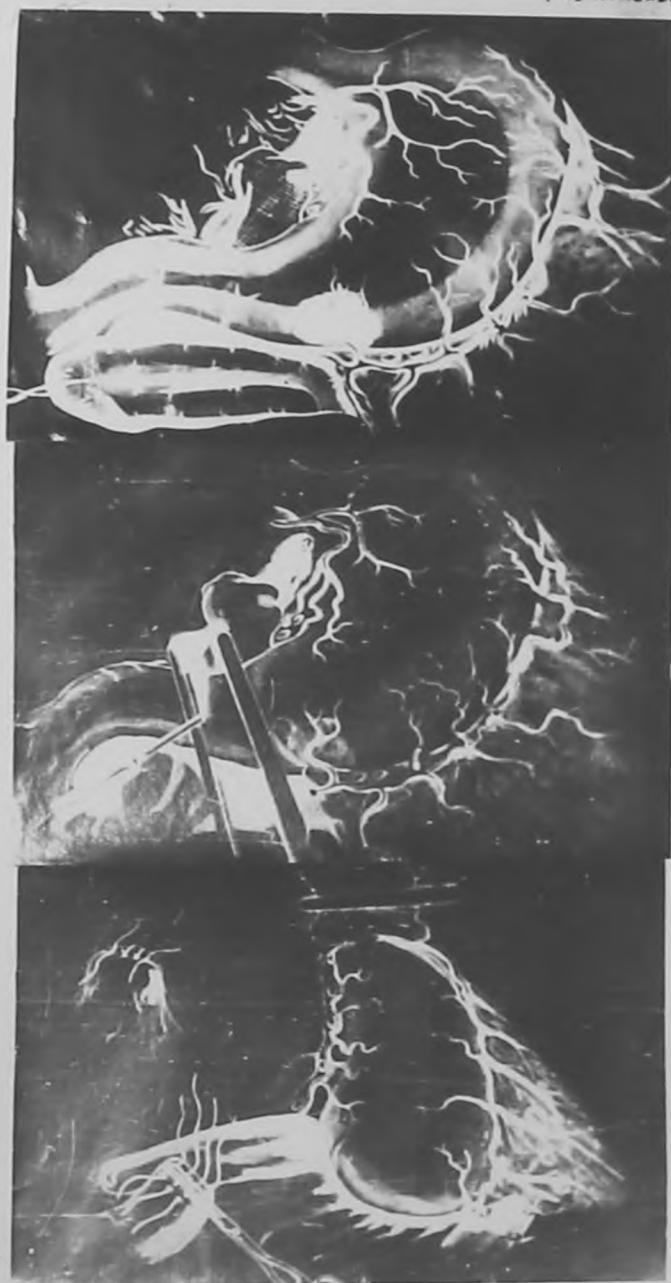
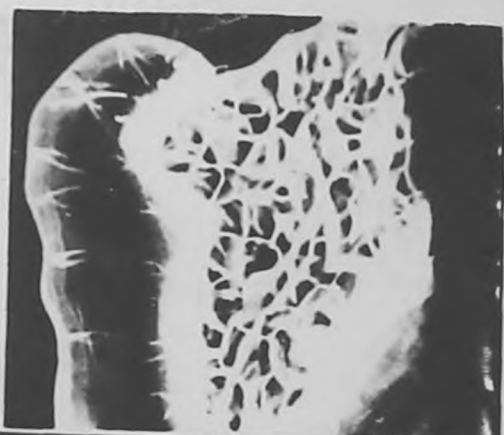


Рис. 83.



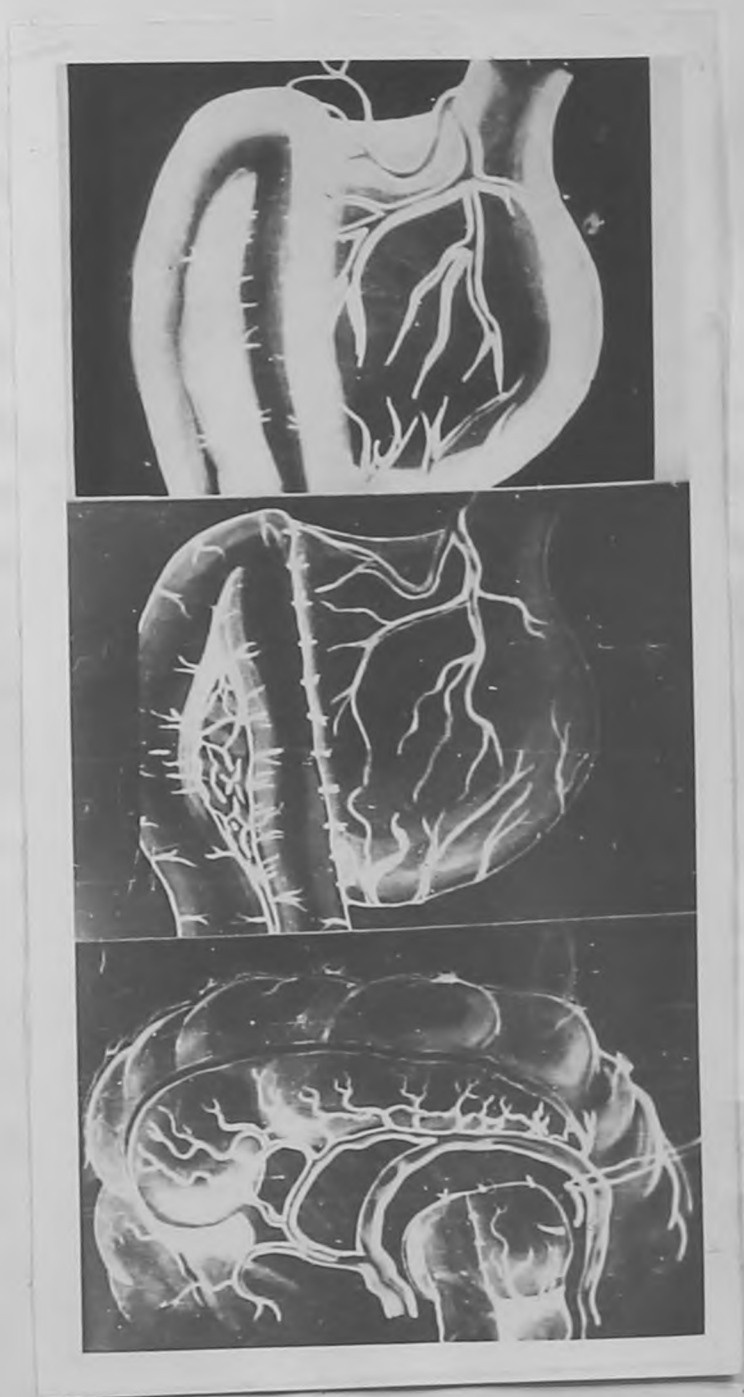


FIG. 85.

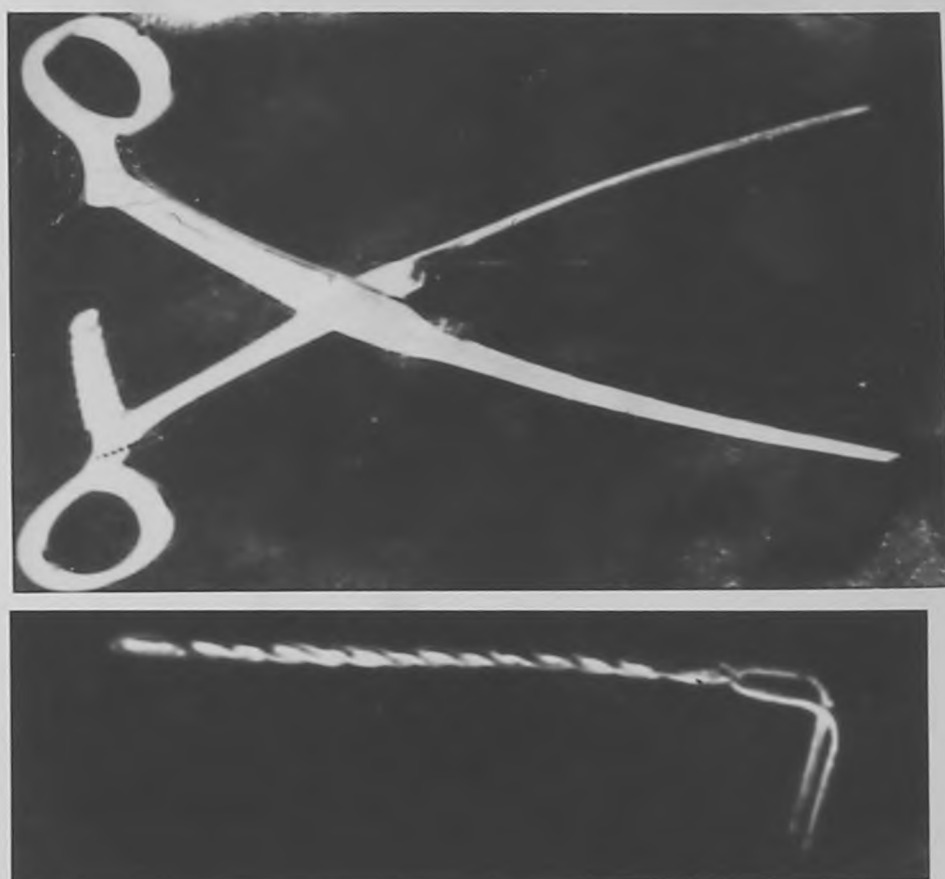


Рис. 86.

пищевод вместе с гортанью, то присоединяли гастростомию, то эзофагостомию ниже опухоли и т.д.

Это бесконечное количество вариантов и отсутствие определенного плана операции заставляло опускать руки каждого хирурга, который хотел приступить к операции рака шейного отдела пищевода. Это обилие вариантов, это отсутствие такой твердой техники, как при резекции желудка и мастэктомии объясняется тем, что хирурги не учитывали ни анатомических особенностей данного отдела, ни прямого распространения, ни закономерностей метастазирования рака этого отдела.

На трупах были изучены анатомические детали шейного отдела пищевода, а также закономерности прямого распространения и метастазирования рака этой области.

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы, которые обязательно должны учитываться хирургом, который хочет делать радикальную и минимально калечащую операцию.

1. Пищевод очень интимно спаян с гортанью и задней мембранозной частью трахеи. Отделение этих двух органов без повреждения того или другого невозможно.

Поэтому требуется обязательное удаление пищевода и гортани.

2. Гистологическое исследование препаратов показывает, что нередко имеется прорастание гортани и трахеи, не диагностированное не только до операции, во время, но даже на секции. Это обстоятельство также заставляет жертвовать гортанью и первыми кольцами трахеи.

3. Частое вовлечение в процесс левого возвратного нерва и левой доли щитовидной железы требует обязательного удаления этих органов, что очень незначительно усложняет эту операцию.

4. С точки зрения закономерности метастазирования, следует различать две локализации рака шейной части пищевода:

- а) частично-пищеводная - в области физиологического сужения и
- б) собственно-шейная - значительно ниже этого сужения.

При первой локализации опухоль имеет тенденцию распространяться кверху и захватывать верхние шейные лимфоузлы, при второй локализации рак имеет склонность распространяться книзу и метастазировать в паратрахеальные верхние и нижние глубокие лимфоузлы шеи.

Перед операцией необходимо точно установить локализацию рака и в зависимости от этого составить план операции.

5. Рак шейной части пищевода метастазирует преимущественно в три группы лимфоузлов:

- а) верхние глубокие лимфоузлы шеи,
- б) нижние глубокие шейные или подключичные,
- в) верхние паратрахеальные.

Весь этот лимфоаппарат необходимо удалить.

Этими основными и некоторыми второстепенной важности соображениями руководствовалась клиника Л.М. Ратнера, когда разра-

батывала на трупах, а затем применяла на людях свою методику операции.

Схема рекомендуемой операции:

1. Кожные разрезы: два горизонтальных разреза, верхний - на уровне края щитовидного хряща и нижний - на 2 см выше грудино-ключичного сочленения.

По средней линии шеи эти разрезы соединяются срединным вертикальным разрезом.

2. Образование двух четырехугольных лоскутов с основанием, обращенным к боковым поверхностям шеи. Оба лоскута отсепааровываются на всем протяжении и откидываются в обе стороны.

3. Пересечение мышц - грудино-ключично-сосковой и лопаточно-подъязычной слева. Вскрытие сосудистого влагалища. Отведение сосудистого пучка и пересечение нижней щитовидной артерии. Точно также поступают с верхней щитовидной артерией. Отводится и приподнимается щитовидная железа и трахея к средней линии. Пищевод становится видимым позади трахеи в виде буровато-розового тела. Теперь необходимо познакомиться с характером и степенью распространения процесса и после тщательной ревизии решить вопрос об операбельности случая.

Следует опустить весь пищевод, глотку, начиная от корня языка и до средостения.

Клиника проф. Л. М. Ратнера считает возможным ставить широкую, но ни в коем случае не бессмысленные показания к операции.

Переход процесса на гортань, на два верхние кольца трахеи, на возвратные нервы, на левую долю щитовидной железы - не служит препятствием к радикальной операции. От операции отказываются в случае перехода процесса на корень языка и на среднюю часть глотки, а также при распространении процесса в область средостения до паратрахеальной клетчатки.

4. Если случай признан операбельным, то следующий шаг состоит в пересечении средних мышц шеи на уровне кожного разреза и обнажении трахеи с щитовидной железой. Лигируется и пересекается нижняя и верхняя щитовидные артерии слева и верхняя - справа. Освобождается перешеек и левая доля щитовидной железы. Тщательно перевязывается артерия, и на этом этапе выясняется наличие перехода опухоли на заднюю мембранозную стенку трахеи.

5. Для этой цели проводится толстая лигатура под пищевод и последний берется на тампон. Теперь все подготовлено для поперечного сечения трахеи.

6. После пересечения ткани щитовидной железы на уровне перешейка его нижнего края (не травмируя оставшиеся части правой доли щитовидной железы) производится тщательный гемостаз, и трахея пересекается между первыми двумя ее кольцами. Затем пересекается и пищевод, после его выделения из средостения и перева-

зывания лигатурами.

7. Для предохранения раны от слюны в верхнюю культю (гортань) вводится тампон. После отделения препарата от позвоночника производится верхняя фаринготомия с удалением подчелюстных слюнных желез. На данном этапе следить за подъязычным нервом и не поранить его. Слизистая плотки закрывается сначала по передней полуокружности. После тщательного смазывания 10% юкаином и выяснения верхней границы пересекается и задняя ее полуокружность.

8. После удаления препарата общий вид операционной раны: внизу - отверстие пищевода и трахеи, с боков - сосудистые пучки, сверху - отверстие плотки и сзади - позвоночник с паравerteбральной фасцией, покрывающей длинные мышцы шеи.

9. Кожно-трахеальная фистула выводится в отдельный кожный разрез. Особое внимание необходимо уделить на сшивание и укладывание лоскутов, так как это есть будущая задняя стенка нового южного пищевода. Нежные дренажи и зонд.

10. Момент операции - пластика удаленного отрезка - начинается сразу после зашивания операционной раны.

11. Зонд через нос, кожные края отсепаровываются на протяжении 1,5 см.

12. Образовавшиеся свободные края кожи сшиваются над зондом, эпидермисом внутрь. Отдельные кетгутовые швы кладутся тщательно и достаточно часто.

13. Таким образом, создается внутренняя трубка.

14. Для погружения этой трубки образуют два наружных параллельных кожных лоскута на передне-латеральной поверхности шеи. Делаются два расслабляющих разреза, идущих от углов нижней челюсти. После отсепаровки лоскуты имеют две довольно мощные ножки, и нет боязни их омертвления. Эти лоскуты сшиваются друг с другом и прикрывают внутреннюю трубку. Образовавшиеся дефекты легко ушиваются и не требуют дополнительной манипуляции.

Насколько хорошо может функционировать этот искусственный пищевод, можно судить по рентгенограммам больных: видна хорошая проходимость контрастной массы.

Сотрудник клиники К.Я. Чупракова представила экспериментальные обоснования к операции удаления рака желудка вместе с поперечно-ободочной кишкой. Ее в 1954 г. защищена канд. диссертация на тему: "Комбинированная резекция желудка и поперечно-ободочной кишки при раке".

Во время операции по поводу рака желудка очень часто наблюдаются случаи, когда хирургу приходится входить в конфликт с поперечно-ободочной кишкой и с ее брыжейкой. При этом возникает целый ряд вопросов, требующих разрешения: можно ли поперечно-ободочную кишку после частичной резекции mesocolon оставить или нельзя, какой участок кишки надо удалять, какой анастомоз лучше накладывать — конец в конец или бок в бок и т.д.

Все эти вопросы требуют знания некоторых анатомических деталей, касающихся васкуляризации поперечно-ободочной кишки.

На основании экспериментальных данных автор сделал следующие выводы:

1) Перевязка крупных ветвей, особенно до разделения их на восходящие и нисходящие ветви, редко отражается на питании поперечно-ободочной кишки, если нет, разумеется, других причин для нарушения кровообращения /шок, гипотония, артериосклероз и т.п./. С этой точки зрения перевязка средней ободочной артерии у корня брыжейки допустима.

2) Значительно сложнее вопрос, когда приходится перевязывать дуги первого порядка /дугу Риолана/. Хирург не может точно ориентироваться, насколько полноценна дуга II порядка и поэтому он не может заранее предсказать судьбу кишки при такой перевязке. Следовательно, при необходимости подобной перевязки он должен удалить одновременно поперечно-ободочную кишку, особенно, если возникают видимые глазом изменения окраски, перистальтики, тонуса кишки. Только, когда есть полная уверенность в отсутствии таких изменений, допустимо оставление поперечно-ободочной кишки в брюшной полости.

3) Перевязка дуги II порядка или самих прямых сосудов часто губительно отражается на питании стенки кишки, при перевязке их как следствие получается ишемия участка кишки, и возникает необходимость резекции ее.

2-я серия исследований относится к вопросу о технике оперативных вмешательств на самой поперечно-ободочной кишке. Этот раздел особенно важен для практического хирурга.

При резекции поперечно-ободочной кишки должно быть учтено 5 моментов:

1). Разрез кишки должен быть сделан косо под углом в 20-25° таким образом, чтобы брыжеечный край был длиннее противоположного на 1-1,5 см, т.к. участок кишки, противоположный брыжейке, снабжается кровью хуже, чем остальная часть стенки кишки. При разрезе надо стараться сохранить сосуд, питающий место будущего шва, поэтому разрез должен пройти на 2-2,5 см от последнего прямого сосуда на остающейся части кишки.

Это важно потому, что анастомозов между прямыми сосудами мало, и каждый прямой сосуд, разветвляясь на переднюю и заднюю ветви, охватывает кишку в виде замкнутого кольца, каждое такое кольцо в физиологическом смысле можно считать как бы концевой артерией.

2). При наложении шва не следует тянуть пинцетом за жировые придатки, в них располагаются прямые сосуды и сосудистая дуга для жирового придатка, они легко рвутся, образуя гематому в области операционного шва. Поэтому ими не следует пользоваться для укрепления шва. Совсем недопустимо отсепаровывать брыжейку и жировые придатки от места будущего шва. Такое скелетирование кишки грозит ишемией.

3). Резекцию поперечно-ободочной кишки желательно проводить без накладывания жомов на остающуюся часть кишки, но если есть необходимость в жомах, то следует пользоваться только мягкими кишечными жомами с одетыми на них бронями-резинками и закрывать их только на первый-второй затвор, ни в коем случае не надо зашелкивать замок до отказа.

Жом должен прекратить доступ кишечному содержимому, но не служить целям гемостаза. Жом не должен сдавливать сосудов брыжейки, тогда участок будущего шва и в период операции не лишается кровоснабжения.

Сосуды следует перевязывать на линии разреза в подслизистом слое. Жомы накладываются только перпендикулярно к длине кишки, т.е. параллельно прямым сосудам.

4). Частицы кала со слизистой должны быть удалены механическим путем влажными марлевыми или ватными шариками.

Смазывать слизистую оболочку кишки юдной настойкой или другими веществами не следует — это вызывает дополнительное воспаление и отек в области операционного шва на кишке.

5). Предпочтение отдается анастомозу конец в конец (меньше страдает кровообращение кишки при круговом анастомозе по сравнению с боковым).

В случае, когда хирург вынужден по тем или иным причинам закрыть наглухо культю кишки, не следует пользоваться погружной культей с 2 кисетными швами, более целесообразно закрыть культю простым узловатым швом, проведя разрез под углом в 20-25° к поперечнику кишки, оставляя брыжеечный край длиннее на 1-2 см.

При обширных резекциях, когда удаляется 2/3 поперечно-ободочной кишки, возможно натяжение при наложении анастомоза, его можно уменьшить рассечением в поперечном направлении связок, фиксирующих правый и левый углы ободочной кишки.

Если это мероприятие не ликвидирует полностью натяжения, приходится закрывать наглухо селезеночный угол кишки и накладывать *anus praeternaturalis* в печеночном углу.

При 2-м этапе операции через 2-3 месяца соединяют подвздошную кишку с сигмой, а затем ликвидируют противосестественный задний проход, для чего приходится удалять всю правую половину толстого кишечника.

Большинство хирургов именно так и поступает, хотя все знают, что такая методика сложна для хирурга и тяжела для больного, срок лечения при этапных операциях длится многие месяцы.

Клиника Л.М. Ратнера предлагает другой выход, менее травматичный и более скорый для выздоровления, а именно: *jejuno-colo-*-пластику, т.е. замещение трансплантатом на ножке из тощей кишки участка, удаленной поперечно-ободочной кишки.

Модификация Чупраковой К.Я. из клиники Л.М. Ратнера заключается в одномоментности операции. Прежде чем произвести такую операцию на больном, она произведена на собаках. Операция делается по следующему плану:

В 12 см от *plica duodeno-jejunalis* намечается соответствующей длины участок тощей кишки, производится резекция его (трансплантат на ножке из брыжейки укладывается во влажные теплые салфетки). Анастомоз между оставшимися отрезками тощей кишки конец в конец. Участок брыжейки, перемещаемый вместе с трансплантатом, должен иметь не менее 2 артерий и 2 вен. Разрез брыжейки проводится до корня, т.е. до места отхождения *a. intestinalis* от *a. media sup.*, и затем трансплантат соединяется конец в конец с остатками поперечно-ободочной кишки: приводящий конец трансплантата - с печеночным углом, отводящий - с селезеночным углом. Неминуемо в области корня участок брыжейки трансплантата перекручивается на 90°, но это, как доказано в эксперименте, ни разу не послужило причиной нарушения кровоснабжения в трансплантате. Перед наложением анастомоза просвет поперечно-ободочной кишки соответственно уменьшается за счет ушивания края, противоположного брыжейке, узловым швом с погружением серосерозным швом, после этого накладывается 2 анастомоза конец в конец.

Необходимо особое внимание обратить на то, чтобы вены в области ножки трансплантата не были сдавлены или захвачены в шов.

Теоретические соображения и результаты экспериментов на трупах и животных разрешили перейти к этой операции и на людях

в тех случаях, где нельзя без натяжения соединить концы поперечно-ободочной кишки.

Клиникой Л.М.Ратнера был предложен метод операции - удаление правой половины толстого кишечника с образованием "Малой брюшной полости". Н.П.Кожевниковой защищена в 1953 г. канд.диссертация на тему: "Рак слепой и восходящей кишки".

Операция делается по следующему плану:

1. Кожный разрез проводится по наружному краю правой прямой мышцы, начиная от реберной дуги и почти до лобковой кости. Если имеется раковая язва на месте операционного рубца, то кожный разрез окаймляет язву, и кожные края этих окаймляющих разрезов зашиваются герметически над язвой. Таким образом, последняя изолируется и не загрязняет операционного поля.

Брюшная полость широко вскрывается выше и ниже раковой язвы или рубца.

Слепая кишка до конца операции остается неотделенной от передней брюшной стенки в области прорастания опухоли.

2. Обычными приемами пересекается тонкая кишка вблизи слепой и поперечная кишка вблизи печеночного угла. Накладывается анастомоз между тонкой и толстой кишками.

3. Пораженный участок брюшной стенки в пределах здоровых тканей выделяется, оставаясь в связи со слепой кишкой.

4. Удаляется слепая кишка вместе с отделенной и пораженной частью брюшной стенки и прилегающими частями тонкой и толстой кишки. При этом обязательно захватывается и задняя брюшина со всей забрюшинной клетчаткой и пораженными лимфоузлами. После этого весь правый боковой канал почти до средней линии остается лишенным передней, боковой и задней брюшины. Открывается забрюшинное пространство без клетчатки и лимфоузлов.

В операционном поле расположены: подвздошные сосуды, нервы, мочеточник, почки и 12-ти перстная кишка.

5. Брюшная полость зашивается с помощью специального приема. При этом правый боковой канал остается непокрытым брюшиной. Задняя брюшина, остающаяся только у правого края позвоночника, пришивается на всем протяжении к левому краю операционного разреза. Таким образом,шов брюшины на всем протяжении проходит почти по средней линии, немного отступая от нее вправо.

Объем брюшной полости благодаря этому сокращается почти вдвое. Брюшная стенка - мышцы, апоневроз и кожа - зашиваются послойно. Все свободное забрюшинное пространство заполняется тампонами, которые выводятся в нижний угол раны.

Даже после удаления самых больших опухолей зашивание брюшины происходит легко и свободно, за исключением верхнего угла, где иногда нехватает брюшины для того, чтобы закрыть печень.

В таких случаях выходят из положения следующим приемом: в области правого подреберья отсепаровывается четырехугольный лоскут передней брюшины, он опускается книзу и легко сшивается с остатком задней брюшины.

Предлагаемая операция имеет следующие преимущества:

1). Значительно повышается процент операбельности.

2). Повышается радикальность операции. Имеется возможность удаления вместе с опухолью сросшихся мышц, почки, семенного канатика и т.д.

После такой операции в забрюшинном пространстве не остается никакой жировой клетчатки, никаких лимфоузлов не только брыжеечных, но и расположенных вдоль сосудов.

3). Несмотря на большой дефект брюшины, брюшная полость герметически без всякого труда и натяжения зашивается наглухо.

Таким путем исключаются все те осложнения, которые связаны с тампонадой брюшной полости. Резкое уменьшение размеров брюшной полости, наблюдающееся после операции, не вызывает тяжелых расстройств. Только в течение первых 2-х недель больные жалуются на чувство тесноты и тяжести в животе, особенно после еды. Но постепенно эти ощущения проходят.

Многие хирурги, пытавшиеся делать радикальные операции при тяжелых поражениях и сложных анатомических отношениях, всегда наталкиваются на одно основное препятствие, заключающееся в невозможности зашить парietальную брюшину, если операция делается действительно радикально. Метод "Малой брюшной полости" помогает в этом вопросе.

В 1952 г. Н.П. Кожевникова выступила с обобщением своего материала на межобластной онкологической конференции. Ее доклад "Модификация операции при запущенных раках слепой кишки" с большим вниманием был прослушан хирургами и онкологами.

Для большей эластичности выбирается отдельный метод опе-

раций не только для каждой локализации рака, но и для каждой его формы.

При составлении планов операций клиника Л.М.Ратнера учитывала направление роста самых частей локализаций рака. Особенно обращалось им и его школой внимание на характер оперативного вмешательства в зависимости от локализации, гистологической структуры и распространения опухоли. Так, раковая опухоль желудка растет преимущественно по малой кривизне в сторону кардии и редко переходит на привратник, наоборот, рак пищевода в шейной его части растет в каудальном направлении и очень незначительно в оральном.

Рак слепой кишки не переходит на тонкую кишку, а распространяется на восходящую кишку.

Техника операций варьирует также в зависимости от макроскопической формы рака. Возьмем, например, рак желудка. По классификации Бормана существуют 4 формы рака желудка: полипозная, язвенная, с четкими валикообразными краями, язвенная без четких границ и инфильтрирующая.

Гистологические исследования показывают, что в первых двух формах рака внешние видимые границы его совпадают с истинными, то есть за пределами опухоли или язвы рака нет. В таких случаях операция может быть сравнительно экономной, а прогноз благоприятен.

Во вторых двух формах действительная граница опухоли неизвестна, а раковые клетки могут встретиться, отступая 8 и даже 10 см от кажущейся границы. У таких больных необходимо желудок удалить тотально, даже при поражении антрального отдела (Сапожков). В настоящее время этим вопросом занимается

Трельская О.Д. из Горонкодиспансера^{х)}.

Клиника Л.М.Ратнера пришла к выводу, что только тот хирург научится действительно радикально оперировать, кто будет тщательно и постоянно изучать препараты удаленных им опухолей.

Свердловская онкологическая клиника с первых шагов своей деятельности ищет пути для улучшения результатов оперативного лечения опухолей, т.е. для снижения числа рецидивов и метастазов.

В этой борьбе должны принимать участие не только сами хирурги, но и терапевты, рентгенологи, морфологи.

Последние на основании детального морфологического изучения всех разновидностей, например, рака желудка и путей его прямого распространения и метастазирования могут дать хирургам некоторые указания для показаний к операции и для техники хирургического вмешательства, кроме того, патолого-анатом может помочь в решении важнейшего вопроса об операбельных и неоперабельных формах рака желудка.

Тот, кто изучает в каком бы то ни было разрезе рака желудка, должен всегда начинать с предраковых состояний. К таковым прежде всего относятся полипы.

Тактика врача по отношению к больным, страдающим полипами или полипозом желудка и оперативное вмешательство при этом различны. Это зависит от микроскопической формы полипов, их локализации и протяженности поражаемого участка.

В 1939 г. Рыбинский и Березов при полипах применили следующую тактику:

^{х)} Трельская О.Д. К вопросу о границах резекции при раке желудка. Тезисы докладов 10-й научно-практической онкологической конференции Свердловской области. стр. 25-27.

1. У больных, особенно в молодом возрасте, с солитарными маленькими полипами без клинических симптомов они ограничивались только наблюдением.

2. У больных с полипами на ножке при наличии анемии они производили только экцизию.

3. При диффузном полипозе, по их мнению, операция была противопоказана.

4. Радикальные операции делали только при гнездных антральных полипах, особенно при симптомах, внушающих подозрение в отношении малигнизации.

После детального клинического и гистологического изучения этого вопроса, сделанного А.Н.Скобуневой, клиника Л.М.Ратнера стала придерживаться совершенно иной радикальной тактики.

Никто и никогда без микроскопа не может сказать, есть ли малигнизация или нет.

На материале клиники самые невинные с клинической и рентгенологической точки зрения полипы оказывались иногда при гистологическом исследовании злокачественными. На этом основании клиника Л.М.Ратнера радикально оперирует все полипы, независимо от их величины и формы, но размеры резекций могут быть чрезвычайно различны.

Так, при солитарных пилоро-антральных полипах или при множественных, но локализованных только в пилоро-антральной области ограничиваются экономной резекцией.

Однако, в ряде случаев при экономной резекции можно просмотреть полип в оставшейся культе и из него в дальнейшем может развиваться рак. Вот почему ряд наблюдений клиники заставляет, во-первых, требовать более радикальных операций и, во-вторых, более детальных рентгенологических обследований больных до операции.

При диффузном полипозе нельзя отказываться от операции и ждать рака, а следует решиться на тотальную резекцию, конечно, внутрибрюшинным путем.

Что касается раков желудка, то в отношении техники оперативного вмешательства при них колоссальное значение имеют следующие 3 момента:

- 1). Локализация опухоли.
- 2). Типы роста опухоли.
- 3). Распространение ракового процесса в пределах желудка.

Раки пилорического отдела при своем непрерывном росте не ограничиваются распространением до пилорической складки, не так редко они переходят и на 12-ти перстную кишку.

Наличие раковых клеток в подслизистом и субсерозном слоях кишки, метастазы рака в субпилорические, супрапилорические и ретропилорические лимфоузлы, получающие лимфу также и от верхнего отдела 12-ти перстной кишки, а также передний прямой переход рака на 12-ти перстную кишку, заставляют хирурга при резекции желудка по поводу пилорических раков удалить и начальную часть 12-ти перстной кишки на протяжении не менее 2-3 см.

Вторым моментом, имеющим значение для техники оперативного вмешательства, является микроскопическая форма опухоли и направление ее роста. С этой целью клиникой Л.М. Ратнера разработана схема типов роста раковой опухоли желудка:

I. Рост идет преимущественно в сторону просвета желудка. Опухоль имеет при этом форму узла. Чаще всего такая опухоль оказывается аденокарциномой. Несмотря на возможность кровотоков при таких опухолях и распаде ее, прогноз при экзофитной форме рака наиболее благоприятен.

2. Рост опухоли идет преимущественно кнаружи в сторону серозной оболочки с обрисовыванием язвы, имеющей довольно четкие контуры, в этих случаях прогноз уже несколько хуже, так как возможна, во-первых, перфорация раковой язвы, а также переход на соседние ткани и органы и, во-вторых, обсеменение по брюшине.

3. Наконец, при 3-м варианте рост опухоли идет преимущественно по самой стенке желудка. Это так называемое интрамуральное распространение. Вследствие такого роста клиницист часто не в состоянии установить границы ракового поражения, что крайне затрудняет выполнение операции. Прогноз при таких формах опухоли наиболее неблагоприятен.

Эти направления роста рака можно считать только схематическими, и в чистом виде они встречаются только в незапущенных случаях.

3-м моментом, имеющим колоссальное значение для техники операции, имеет также вопрос, — совпадает ли макроскопическая и осязаемая при пальпации граница опухоли с ее истинной границей, определяемой при гистологическом исследовании? Это имеет значение, главным образом, для определения верхней линии резекции.

Исследования показали, что протяженность рака в желудочной стенке была различна при различных макроскопических формах опухоли.

При экзофитных ограниченных формах:

1). Границы опухоли как в сторону, так и в глубину, были большей частью четкие.

2). Видимая и осязаемая макроскопическая граница опухоли точно совпадала с истинной микроскопической.

Наиболее злокачественными опухолями являются инфильтрирующие формы, четкой границы ни в сторону, ни в глубину отметить не удастся, макроскопически граница не соответствует микроскопической границе, причем раковые клетки обнаруживаются в толще желудочной стенки или в просветах лимфатических сосудов на расстоянии от 0,4 см до 7,1 см выше микроскопической границы опухоли.

Все сказанное об инфильтрирующих формах доказывает их высокую злокачественность и полную невозможность путем ощупывания и осмотра определить истинные границы рака.

Отсюда хирург должен сделать вывод о своей тактике по отношению к этой форме рака желудка. Резекция должна быть очень большой, и предложение Сапожкова делать тотальные резекции при поражении только привратника для инфильтрирующих форм вполне целесообразно.

Из сказанного видно, насколько многолик в морфологическом отношении не только рак, но и предрак желудка.

Следовательно, хирургическое вмешательство должно быть всегда индивидуально, и необходимо тщательно учитывать не только морфологические особенности каждого рака желудка, но и особенности его прямого распространения и метастазирования.

Данные вскрытия умерших как без операций, так и после операций показывают чрезвычайную вариабильность как прямого распространения, так и метастазирования рака желудка.

В 1952 г. М.П. Горюнова из онкологической клиники СОИИ на Межобластной онкологической конференции выступила с докладом: "Зависимость техники хирургических операций от морфологических особенностей рака и предрака желудка".

г) Диагностика и лечение отдельных локализаций рака. Вклад клиники Л.М.Ратнера в этот вопрос

Особое внимание клиники Л.М.Ратнера уделяет раку желудка, указывая на высокую частоту гастритических изменений слизистой при раке желудка. Л.М.Ратнер представляет следующую схему этапов развития рака желудка: гастрит - ахилия - пернициозная анемия - рак желудка. Это положение нашло отражение в кандид. диссертации А.Н.Скобуновой, защищенной в 1941 г. на тему: "Рак и предрак желудка в клинко-анатомическом освещении".

В докладе А.Н.Скобуновой на Межобластной онкологической конференции в 1952 г. "Теоретические и практические обоснования профилактики рака желудка", говорится:

... На основании исследований клиники Л.М.Ратнера в области предраковой роли гастрита и литературных данных под термином "хронический гастрит" понимается не только воспалительный инфекционный процесс, являющийся при том следствием перенесенного когда-то острого гастрита. В этиопатогенезе хронического гастрита обвиняется совокупность дистрофических и дегенеративно-некротических изменений в эпителии желудка, происходящих под влиянием непрерывного в течение всей жизни действующего потока экзогенных и эндогенных вредных факторов, в том числе воспаления и функциональных нарушений. Под влиянием всех повреждающих слизистую оболочку факторов, особенно при длительном и грубом их воздействии, происходит постепенное, медленное, но прогрессирующее снижение качества регенерации эпителия, продуцирующего с течением времени все менее и менее совершенные железистые элементы. В морфологическом отношении это приводит к так называемой "перестройке" слизистой оболочки с утратой ее нормальной макро-и микроскопической структуры. Со стороны биологической - к нарушению жизнедеятельности эпителия. Одним из проявлений последнего является снижение секреторной функции желез, выражающееся в прогрессивном падении кислотности желудочного сока.

На многочисленных микропрепаратах можно убедиться в существовании последовательных фаз в изменениях, претерпеваемых как покровным, так и железистым эпителием желудка при хроническом анацидном и гипоацидном гастрите. Первая фаза - физиологическая, замещающая пролиферация эпителия, как реакция на дегенеративные явления.

Вторая фаза - расстройство пролиферативных процессов с уклоном регрессивной метаплазии эпителия, что выражается продукцией атипических железистых трубок, прогрессивным уменьшением специальных клеток и заменой их простыми, выделяющими слизь клетками.

Третья стадия - глубокое нарушение пролиферативных процессов фаза анаплазии, т.е. окончательной утраты клеткой способности к нормальной дифференцировке и превращение ее в опухолевую клетку.

Возникновение рака связано с той, более поздней стадией в течении гастрита, когда пролиферация принимает глубоко порочное направление, свидетельствующее об истощении эпителия. Морфологически это выражается появлением атипии и в самих эпителиальных клетках атипизированных желез, гиперхроматозом клеток, нарастанием митотической активности, наконец, деструктивным ростом.

Морфогенез рака следует связывать не только с полипом. Рак может возникнуть по краям, в центре длительно незаживающих эрозий. Он может возникнуть в самом слое слизистой оболочки - это местное формирование рака в слизистой, так называемая *carcinoma in situ*.

На основании морфологических исследований можно сделать два вывода:

1). Между гастритом и раком существует интимная связь, как неотделимы они в морфологии, так неотделимы они в клинике.

2). На каждом этапе течения гастрита надо взвешивать возможность рака.

На основании наших знаний о генезе рака желудка можно и должно поставить перед советским здравоохранением совершенно конкретные задачи в области профилактики рака желудка.

С принципиальной точки зрения, - борьба за здоровую слизистую оболочку желудка - есть основной лозунг на этом пути.

Конкретно это означает профилактику и лечение гастрита.

При установлении гастрита, но еще не перешедшем в фазу необратимых изменений в слизистой оболочке - систематическое консервативное лечение на основе принципов диетического питания.

При гастрите в стадии явных анатомических предраковых из-

менений в слизистой, т.е. при наличии полипозных разрастаний, незаживающих эрозий и язв, устанавливаемых рентгенологически, деформаций рельефа в сочетании с отмеченными субъективными и объективными сигналами — применение хирургического метода — резекция желудка.

С организационной стороны планомерная и непрерывная борьба за раннюю обнаруживаемость больных хроническим гастритом — есть второй лозунг в деле профилактики рака желудка....".

Л.М.Ратнер указывает на полипы, как на прекарциноматоз, и указывает о 30-50% малигнизации их. При множественных полипах вероятность малигнизации повышается /М.П.Горюнова/. Л.М.Ратнер предлагает деление полипов на 5 групп, из которых первые две относятся к абсолютно доброкачественным, 3-я включает переходные формы, развивающиеся иногда в большие капустиобразные, растущие в просвет кишки, и две последние группы, являющиеся более злокачественными и возникающие на почве семейного предрасположения к аденоматозным полипам либо развивающиеся из полипов воспалительного происхождения.

В работе "Прекарциноматозы пищеварительного тракта" Л.М.Ратнер показывает и приводит свои суждения по вопросу о роли язвенной болезни желудка в развитии рака. Он приводит 2 диаграммы — частоты превращения язвы в рак, по литературным данным за 1843-1925 гг. и за 1925-1935 гг., причем в поздней диаграмме эти колебания выражались в пределах от 2 до 25%.

По данным Л.М.Ратнера, при наложении гастроэнтероанастомоза в оперированном желудке в 2-8% возникает рак.

Л.М.Ратнер и А.Н.Скобунова особое значение придают интоксикации и предлагают делить раки на 2 резко отличающиеся группы:

- 1) протекающие с резко выраженной интоксикацией,
- 2) не сопровождающиеся таковой.

Один из важнейших объективных показателей — повышение РОЭ (более 80% случаев) — особенно при раках с распадом и интоксикацией, нормальные цифры при инфильтративных формах, без распада, особенно при раках с подслизистым ростом, а при раках с распадом и интоксикацией РОЭ неизменно давало высокие цифры. Л.М.Ратнер и А.Н.Скобунова составили классификацию рака желудка (в основу положен не один, а несколько критериев, как отражение многообразия клинических симптомов рака желудка).

I. Клинические формы, в зависимости от степени интоксикации: 1) формы с резко выраженной интоксикацией и 2) формы со слабой интоксикацией или без интоксикации.

II. Формы в зависимости от локализации опухоли:

- 1) рак привратниковой части и
- 2) высокие раки желудка:
 - а/ кардиальный рак,
 - б/ субкардиальный рак;
- 3) раки тела желудка.

III. Формы^В в зависимости от патогенеза:

- 1) гастритный рак
- 2) язвенный рак и
- 3) рак из полипа.

IV. Формы в зависимости от преобладания некоторых симптомов

- 1) форма с острым началом заболевания,
- 2) анемическая форма,
- 3) "водяночная" форма,
- 4) фебрильная форма,

- 5) интестинальная форма,
- 6) диспептическая форма,
- 7) гастральная форма,
- 8) неврастеническая форма,
- 9) латентная форма,
- 10) метастатическая форма:
 - а/ иктерическая.
 - б/ печеночная.
 - в/ железистая.
 - г/ костная.
 - д/ кожная.
 - е/ легочная.

У. Формы в зависимости от пола и возраста:

- 1) рак желудка у женщин,
- 2) ювенильный рак желудка,
- 3) старческий рак желудка.

Клиника проф. Л. М. Ратнера широко занималась вопросами диагностики и лечения рака толстого кишечника.

В результате тщательного изучения патологической анатомии и клиники рака слепой кишки была построена классификация ее клинико-анатомических вариантов. Все виды рака слепой кишки делят на 6 форм:

1. Токсико-анемическая форма.
2. Энтеро-колитная форма.
3. Обтурационная форма, дающая синдром непроходимости кишечника.
4. Псевдоаппендикулярная форма.
5. Спущолевая форма.
6. Флегмонозная форма.

Клиника Л.М.Ратнера много занималась вопросом лечения рака верхней челюсти, что позволило М.С.Шульману выступить в печати с работой "Современное лечение рака верхней челюсти".

Рак верхней челюсти, отмечает автор, заслуживает внимания по следующим причинам:

1. Это заболевание наблюдается не так редко - оно составляет 2-3% всех раков.
2. При раке верхней челюсти делается большое количество диагностических ошибок, резко ухудшающих прогноз.
3. Эти ошибки делают врачи различных специальностей - хирурги, онкологи, особенно часто отоларингологи и стоматологи.
4. Раки верхней челюсти дают плохой прогноз, что объясняется неблагоприятными особенностями самого рака и диагностическими и лечебными ошибками (рис.87).



Рис.87. Больная с раком верхней челюсти IV ст. (архив онкологической клиники)

5. При раке верхней челюсти диагноз может и должен быть поставлен своевременно, и при правильном и своевременном лечении результаты могут и должны быть хорошие.

Драма этих больных заключается в том, что врачи отоларингологи или стоматологи, к которым впервые обращаются эти больные, забывают о раке верхней челюсти, упорно ставят диагноз "гайморит" и назначают неправильное лечение.

Значительная часть этих больных подвергается операции: вскрывается и выскабливается гаймарова полость. Таким путем внутриполостной ограниченный рак превращается во внеполостной.

Дифференциальная диагностика между хроническим гайморитом и раком верхней челюсти не очень проста, но она вполне возможна при условии использования всего комплекса клинических симптомов и хорошей рентгенограммы.

Чтобы обеспечить проведение дифференциальной диагностики, клиника Л.М. Ратнера составила соответствующую схему.

С Х Е М А

дифференциальной диагностики между раком гаймаровой полости и гайморитом

Симптомы	Р а к	Гайморит
1	2	3
1. Дыхание	Затрудненное через нос, постепенно нарастающее	Невозможное или очень затрудненное через нос в некоторых случаях.
2. Носовое кровотечение.	Наблюдается в некотором % случаев.	Н е т
3. Выделения из носа	Кровянисто-гнойно-гнилостные с запахом - скудные	Серозно-водянистого характера, обильные, больше без запаха. Иногда гнойные

I	2	3
4. Боли	Иррадируют в голову пораженной стороны, в зубы, в ухо, постоянного характера, нарастающие.	Ирридируют в зубы и лоб, периодического характера. При переходе процесса в хроническое состояние — утихают.
5. Лихорадочное состояние	Только при явлениях распада опухоли	С самого начала болезни в остром периоде, периодическое улучшение и ухудшение состояния
6. Анализ крови	В начале заболевания — без изменений, в более поздних стадиях — повышенное РОЭ с дегенеративным сдвигом без лейкоцитоза	С самого начала заболевания нейтрофильный лейкоцитоз, повышенное РОЭ, сдвиг влево.
7. Деформация верхней челюсти.	Имеется во II, III и IV стадиях заболевания	Н е т
8. Явления со стороны глаза	Отмечается в некоторых случаях экзофтальм.	Отмечается часто припухлость век
9. Лимфоузлы	Часто определяются плотные, увеличенные, глубокие лимфоузлы на шее, в подчелюстной области.	Отсутствуют
10. Рентгенография	Резкое затемнение гайморовой полости пораженной стороны, мраморность рисунка верхней челюсти, контурирование опухоли внутри полости, деструкция кости	Диффузное затемнение гайморовой полости без деструкции кости.

Для избежания ошибки в постановке диагноза рака верхней челюсти, надо помнить о путях распространения его.

На основании наблюдений составлена схема распространения: книзу в полость рта, в слезницу и ретробульбарное пространство, в носовой ход и т.д.

К вопросу о значении биопсии при раке верхней челюсти надо

подходить осторожно. Она допустима только тогда, когда все остальные диагностические методы исчерпаны.

Взятие кусочка из опухоли, когда она находится в полости рта или полости носа, не представляет ни затруднений, ни опасности, но прокол и вскрытие гаймаровой полости чревато опасностями. Ввиду этого биопсия должна быть срочной, и в случае обнаружения рака за биопсией должна немедленно следовать радикальная операция.

Биопсию желательно брать диатермической петлей или обычным способом с обязательной тщательной электрокоагуляцией участка, где была биопсия.

Лучшим методом лечения рака верхней челюсти считается радикальная резекция всей верхней челюсти с обязательным введением в раневую полость препаратов радия.

Операции должна предшествовать перевязка наружной сонной артерии на пораженной стороне. Вторым этапом операции через 10-15 дней, когда исчезнут острые явления воспаления в раневой полости, проводится удаление лимфатических узлов шеи по методу Крайля.

Все больные после радикальной резекции верхней челюсти подлежат протезированию (чем раньше, тем лучше!).

При наличии протеза исчезает гнусавость речи, больной лучше питается, предотвращается рубцовое стяжение щеки, опускание глазного яблока и т.д.

Клиника Л.М.Ратнера много внимания уделяла раку легкого, не даром первая операция пневмонэктомии на Урале была выполнена в Свердловской онкологической клинике М.С.Шульманом в 1940 г. (рис. 88), а затем вышла монография доц. М.И.Гликина "Рак легко-



Рис. 88. Доктор мед. наук М. С. Шульман у постели оперированного больного по поводу рака легкого (1949 г.) /первая на Урале пневмонэктомия/.

го" (рис. 89).



Рис. 89. Доцент М. И. Гликин и титульный лист его монографии "Рак легкого".

На Межобластной конференции в 1948 г. с докладом, "Как уменьшить процент запущенных форм первичного рака легких" выступил М. С. Пульман.

"... Основная ошибка, допускавшаяся в течение 50 лет по отношению рака желудка, — отмечал автор, — заключалась в том, что все внимание было сконцентрировано на усовершенствовании техники операции, а диагностика, и в особенности ранняя диагностика, все время оставалась на втором плане.

Эту ошибку не должны повторять по отношению к раку легких.

Одновременно с триумфальным усовершенствованием хирургии рака легких в Советском Союзе мы должны усовершенствовать и диагностику. Иначе будет тот трагический разрыв между блестящей техникой и запоздалой диагностикой, который сейчас составляет и трагедию рака желудка и трагедию рака легких...".

В 1938 г. проф. Л. М. Ратнер, доктор Воротылкин и Яковлев сделали на Всесоюзном онкологическом съезде в Киеве доклад "О диагностических ошибках при раке легких", и оказалось, что ошибочные диагнозы были зарегистрированы в 51,2%. Выступая на конференции в 1952 г., автор смог отметить процент ошибок уже в 25,9%, однако эта цифра дает лишь относительное уменьшение, ибо нужна не только правильная диагностика рака легких, но и своевременная.

Все причины, препятствующие своевременной диагностике рака легких, М. С. Шульман разделяет на 3 группы:

1. Причины организационного характера.
2. Причины, связанные с недостаточным знанием врачей с клиникой и диагностикой рака легких.
3. Причины, зависящие от особенностей клинического течения самого рака легких.

Только при сочетании клинических, рентгенологических и лабораторных методов исследования может быть поставлен своевременный и правильный диагноз рака легких. М. С. Шульман разработал таблицы начальных симптомов рака легких в порядке убывающей частоты.

I группа: симптомы со стороны легких, плевры и других органов грудной полости:

- кашель, боль в груди, одышка, астма, кровохарканье, острое

абсцессоподобное начало, острое плевритоподобное начало, острое пневмоническое начало, барабанные палочки, осиплость голоса, дисфагия, симптомы Горнера, расширение зрачка на пораженной стороне.

II группа: начальные симптомы только общие при отсутствии симптомов со стороны первичного очага:

- исхудание, температура, общая слабость, анемия, неврастенический симптомокомплекс, повышенное РОЭ.

III группа: начальные симптомы метастатические при латентном течении первичного процесса:

- печеночные, со стороны центральной нервной системы, костные, желудочные, лимфоузлов, кожные, почечные и надпочечные, со стороны женских половых органов.

Значительный интерес представляет работа Л.М.Ратнера "Рак и рубцы" (1948 г.), в которой дан подробный обзор литературы по вопросу о развитии рака в рубцах, его клинике, лечении и т.д. В частности, Л.М.Ратнер отмечает две особенности, характеризующие рубцы, в которых развиваются раковые опухоли: длительность заживления раны и склонность рубцов к изъязвлению. По строению это, в большинстве случаев, плоскоклеточные, ороговевающие формы рака, которые отличаются быстронаступающим метастазированием и злокачественным течением.

Л.М.Ратнер приводит классификацию рубцовых раков:

I. Раки, развивающиеся на рубцах после повреждений:

А. Травматических:

- а) с интервалом между повреждением и раком,
- б) без интервала.

В. Термических:

- а) с интервалом,
- б) без интервала,
- в) после многократных тепловых повреждений,
- г) "Kangri" cancer,
- д) "Kairo" cancer.

С. Раки на местах обморожений

- а) с интервалом,
- б) без интервала.

II. Раки, развившиеся из рубцов после специфических воспалительных процессов:

А. Лепозные раки

- а) раки на волчаночных рубцах до затихания процесса,
- б) раки на волчаночных рубцах после ликвидации процесса.

В. Раки сифилитических рубцов

- а) раки на заживших рубцах,
- б) раки на изъязвленных рубцах.

III. Раки на омолодевших рубцах и на мозолях.

IV. Раки фистулезных ходов.

V. Раки на почве рубцующихся язв:

А. Варикозных.

В. Трофических.

Л. М. Ратнер совместно с А. Н. Лебедевой составили клиническую схему, дающую представление о клинико-анатомических параллелях при опухолях яичников различной степени злокачественности.

Изучение опухолей яичников в таком разрезе безусловно способствовало прогрессу в их лечении (см. таблицу).

Клинико-анатомические параллели при опухолях яичников различной степени злокачественности (клиническая схема составлена Л.М.Ратнером и А.Н.Лебедевой)

Степень злокачественности	Общее состояние больного	Подвижность опухоли	Величина опухоли	Состояние оболочки опухоли	Наличие выпятий	Качество асцитической жидкости	Поражение лимфатических желез	Поражение других органов	Прогноз
I	Хорошее общее состояние	а) полная подвижность опухоли; б) ограничение подвижности опухоли, благодаря воспалительным сращениям.	Большая величина опухоли	а) тонкая, везде просвечивающаяся оболочка; б) тонкая оболочка с отдельными уплотнениями.	а) отсутствие выпятий; б) ограничение процесса только внутренней поверхностью опухоли яичника; в) выпячивание на наружной поверхности кисты.	а) отсутствие асцита; б) наличие серозной жидкости.	а) отсутствие поражения лимфатических желез; б) поражение лимфатических желез в малом тазу процессом воспалительного характера.	а) интактность всех органов; б) участие в процессе только тазовых органов	Хороший
II	Значительная анемия, начинающаяся кахексия.	а) значительное ограничение подвижности	Небольшая опухоль	Диффузное уплотнение оболочки кисты	Переход выпятий на тазовую брюшину и прилежащие органы малого таза: а) крупные выпячивания, б) мелкие выпячивания.	а) дегтеобразное содержимое только в полости кисты; б) дегтеобразное содержание в полости, серозное в брюшной полости.	Наличие плотных желез в малом тазу	а) участие и близлежащих петель тонких кишок; б) участие салыника.	а) удовлетворит. б) сомнительный
III	Резкая анемия и кахексия	Полная неподвижность опухоли	Небольшая опухоль	а) резко выраженное утолщение стенки, значительное уменьшение просвета и уменьшение количества жидкости; б) отсутствие оболочки, благодаря прорастанию ее со всех сторон.	Распространение процесса за пределы малого таза	Наличие кровянистой жидкости в брюшной полости	Поражение лимфатических желез не только малого таза, но и выходящих этапов.	Метастазы в печень и другие органы	Плохой (инкурабельный случай)

Л.М.Ратнер и А.Н.Лебедева внесли в онкологическую практику новый критерий для классификации опухолей — видимость и осязаемость опухолей.

На основании опыта онкологической клиники и онкодиспансера авторы пришли к глубокому убеждению, что чем опухоль более доступна для восприятия нашими органами чувств — зрением и осязанием, тем, при прочих равных условиях, больше шансов на ее излечение.

Далее авторы пришли к заключению, что наши диагностические и лечебные мероприятия должны быть различны в зависимости от степени видимости и осязаемости их.

С указанной точки зрения, все опухоли можно разделить на следующие группы:

1. Злокачественные опухоли видимые и осязаемые без помощи специальных инструментов: рак шейки матки, рак кожи, рак нижней и верхней губы, рак языка и слизистой оболочки полости рта, рак грудной железы, злокачественная опухоль яичка, щитовидной и паращитовидной железы, околоушной и слюнной, подчелюстной и подъязычной желез, переднего отдела носа и наружного уха, опухоли периферических лимфоузлов.

2. Опухоли, хорошо видимые только с помощью скопии: гортани, главного бронха, пищевода, мочевого пузыря, прямой кишки и кардиального отдела желудка.

3. Опухоли, обнаруживаемые только с помощью рентгеновых лучей: опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника, опухоли почек, опухоли костей и костных полостей, легких, средостения.

4. Опухоли, невидимые при современных методах исследования: опухоли печени и внепеченочных желчных путей, селезенки, под-

желудочной железы, надпочечника, опухоли тела матки и придатков матки.

В отношении осязаемости все опухоли можно разделить на 2 группы:

1. Опухоли, доступные ощупыванию при самой незначительной величине. Эта группа совпадает с группой видимых раков.

2. Опухоли, более глубоко расположенные, а потому осязаемые только тогда, когда они вышли за пределы органа и достигли значительных размеров.

К этой группе относятся все опухоли, не поименованные в первой группе.

Предлагая новую классификацию, авторы преследовали несколько целей: первая цель — сугубо практическая. Авторы хотели обратить внимание врачей на тот общеизвестный факт, что опухоли первой группы, а число их довольно значительно, могут быть распознаны даже при самых маленьких размерах, т.е. в так называемой I-й стадии.

Следующая таблица показывает работу клиники в отношении видимых и осязаемых раков (I-я группа).

Рак нижней губы

Рост обращаемости больных с I и II стадией болезни

<u>1932-1936 гг.</u>	<u>1937-1941 гг.</u>	<u>1942-1946 гг.</u>	<u>1947-1951 гг.</u>	<u>1952 г.</u>
Предрак 0 %	1 %	2 %	12 %	10 %
I ст. 8,9 %	6 %	10,4 %	37 %	40 %
II ст. 30,1 %	29 %	34,3 %	50 %	49 %
<u>39 %</u>	<u>36 %</u>	<u>46,7 %</u>	<u>87 %</u>	<u>99 %</u>

Таких идеальных требований, какие мы предъявляем по отношению к раку нижней губы, ставить нельзя для больных раком груд-

ной железы, т.к. диагностика здесь значительно сложнее, опухоли растут быстрее, метастазы появляются раньше и иногда при ничтожных размерах опухоли. Все эти моменты несколько затрудняют выявление опухоли в I-й стадии.

При правильной тактике и правильной постановке организационной и лечебной работы процент I стадии все же может быть доведен до больших цифр. Для этого необходимо соблюдать следующее положение:

"Каждая женщина с опухолью грудной железы, как бы мала она ни была и как бы невинно не выглядела, требует немедленной эксцизии с последующим гистологическим исследованием и с последующей радикальной операцией в случае обнаружения рака".

Следующая таблица убедительно демонстрирует все выгоды такой тактики.

Секторальные эксцизии грудной железы по годам

<u>1937-1939</u>	<u>1940-1942</u>	<u>1943-1945</u>	<u>1946/х-1948</u>	<u>I/IX-1948-3/XII-51г</u>
37	61	115	130	145

За этот период времени выявлено, что уже среди таких невинных опухолей 12% раков. Все они, за единичными исключениями, относятся к I стадии.

Если эта тактика будет соединена с массовыми хорошо поставленными профилактическими осмотрами и с целеустремленной пропагандой среди врачей и населения, процент I стадии будет расти неуклонно и бурно.

Поздно распознаваться будут только так называемые латентные формы рака грудной железы, при которых метастазы появляются раньше, чем первичная опухоль становится доступной для пальпации. К счастью, такие формы встречаются редко.

По сравнению со злокачественными опухолями грудной железы рак матки следует считать сравнительно благоприятно текущим заболеванием. Того обширного и разнообразного метастазирования, которым характеризуется рак грудной железы, у больных раком матки нет. Но, в то же время, это заболевание имеет другую отрицательную черту. Опухоль окружена важными для жизни органами — мочевым пузырем, прямой кишкой, тазовой клетчаткой, мочеточниками. Переход процесса на эти органы делает предсказание, по крайней мере, печальным.

Вот почему раннее распознавание особенно важно. Лечение в I стадии предохраняет от перехода на соседние органы, а те метастазы в костях, легких и печени, которые так страшны при раке грудной железы, у больных раком шейки матки встречаются редко.

Следовательно, результаты лечения рака шейки матки I стадии должно приблизиться к результатам лечения рака нижней губы. Это положение тем более правильно, что оба этих рака имеют одинаковое гистологическое строение и одинаково чувствительны к лучистой энергии.

На следующей таблице видно, что процент обращаемости в ранней стадии рака матки неуклонно растет и процент I стадии увеличивается.

Поступление больных раком шейки матки

<u>1930-1935 гг. (1566 б-х)</u>	<u>1937-1938 гг. (1431 б-х)</u>	
Ca I + II = 19 %	Ca I + II = 36 %	
Ca III + IV = 81 %	Ca III + IV = 64 %	
<u>1940-1941 гг.</u>	<u>1942-1945 гг.</u>	<u>1948-1950 гг.</u>
Ca I + II = 60%	Ca I+II = 51%	Ca I+II = 62 %
Ca III + IV = 40%	Ca III+IV = 49%	Ca III+IV = 38 %

<u>Поступление предраковых и подозреваемых по раку больных</u>					
<u>1933 г.</u>	<u>1935 г.</u>	<u>1939 г.</u>	<u>1941 г.</u>	<u>1946 г.</u>	<u>1951 г.</u>
63	129	188	308	400	697

В заключение сделаны выводы:

1. Хотя видимые и осязаемые раки различны и по своему гистологическому строению, по своему течению, по закономерности прямого распространения метастазирования, все же они должны быть выделены в особую группу, ибо методы организационной общественной борьбы с ними едины.

2. При современных диагностических методах достижения, полученные при видимых и осязаемых раках, могут и должны быть перенесены и на раки внутренних органов.

Одно из важнейших преимуществ наружных раков перед внутренними заключается в легкой возможности ранней биопсии. Этот метод можно и надо культивировать и при раках внутренних органов.

Современные методы скопии и рентгеноскопии постепенно сглаживают различие между раками первой и второй группы классификации. Чем более усовершенствованными станут эти методы, чем более глубоко они проникнут в широкие врачебные массы, тем прогрессивнее будет уменьшаться разрыв между 2-мя группами раков, тем, следовательно, лучше будут результаты лечения у больных раками внутренних органов.

3. Методы диагностики и лечения, изучаемые и применяемые при раках I группы, могут и должны быть перенесены на раки внутренних органов.

д) Разработка методов лечения -
- лучевого и химиотерапии -
- - - - -

Выше мы писали о разработке хирургических методов лечения Свердловской онкологической клиники, о детальной разработке методов диагностики ряда локализаций злокачественных новообразований.

Но клиника, руководимая Л.М. Ратнером, широко занималась и другими методами лечения.

Клиника Л.М. Ратнера внесла свою известную лепту в вопросе лечения злокачественных опухолей лучистой энергией. Сотрудник клиники А.Н. Лебедева разработала показания и противопоказания к лечению лучистой энергией злокачественных опухолей. Ею составлена Таблица перспектив лучевой терапии.

I. Стадия заболевания

- а). Местное распространение процесса.
- б). Наличие метастазов.
- в). Общее состояние больного.

II. Локализация заболевания:

- а). Возможность распознавания, особенно распознавание процесса в глубину и по сторонам.
- б). Доступность опухоли для местной концентрации лучей.
- в). Материнская ткань опухоли:
 - 1. ее сопротивляемость,
 - 2. возможность лучевого повреждения,
 - 3. возможность опасной перфорации.

III. Свойство самой опухоли:

- а). Ее радиочувствительность.
- б). Характер опухолевого роста.

в). Склонность к метастазированию.

IV. Рациональное применение облучения.

а). Величина дозы, которую получит опухоль.

б). Равномерное распределение этой дозы по всей области опухоли.

в). Защита опухолевого ложа и общего состояния больного.

Пользуясь этой таблицей, можно выработать противопоказания к лучевой терапии.

Клиника Л. М. Ратнера придерживалась взгляда на необходимость тесного сотрудничества хирургов и рентгено-радиотерапевтов в лечении раковых больных. Нельзя относиться к рентгено- и радиотерапевтам, как к отпускателям доз лучистой энергии.

Противопоказания к лучевой терапии

1. Неуверенность в диагнозе.

2. Диссеминация ракового процесса.

3. Безуспешность только что проведенного курса лучевой терапии.

4. Наличие осложнений после лучевой терапии (кожные повреждения, повреждения прямой кишки, мочевого пузыря и т.п.).

5. Сопутствующие инфекции (сепсис, пиэмия).

6. Осумкованные гноивники.

7. Большие изменения со стороны белой крови, особенно малое количество лимфоцитов.

Ни в коем случае нельзя относиться к рентгенотерапии, как к индифферентному средству, которое может быть применено во всех случаях и при всяком состоянии больного или для психотерапии.

Мы должны быть оптимистами в деле лечения раковых больных,

но этот оптимизм не должен мешать нам отказываться от лечения у incurabильных больных.

Сотрудники клиники М.П.Горюнова и С.Б.Терехова изучили реактивные явления в злокачественных опухолях после лечения лучистой энергией. Рентгеновы лучи, пишут авторы, с одной стороны являются мощным терапевтическим фактором при лечении злокачественных опухолей, с другой, — при определенных условиях, могут вызвать появление рака, что доказано многочисленными экспериментальными и клиническими данными. В самом начале рентгеновской эры, когда еще не было хороших защитных приспособлений, многие пионеры рентгенологии пали жертвой большой биологической активности рентгеновых лучей.

Советские ученые с большим энтузиазмом и с большим талантом управляют природой для блага человечества, они должны подойти, отмечают авторы, к рентгеновым лучам так, чтобы максимально использовать их положительные стороны и ликвидировать отрицательные.

Эта важнейшая задача в ряде случаев полностью не разрешена. Приступая к лечению больного лучистой энергией, мы далеко не всегда можем сказать, получили ли мы в результате этого лечения выздоровление или временный положительный результат, или даже ухудшение.

Мы привыкли основывать суждение о чувствительности опухоли, только базируясь на особенностях самой опухоли. Соответственно этому назначалась та или иная дозировка, ставился тот или иной прогноз.

Но вследствие такого локалистического подхода мы иногда наталкиваемся на неожиданность — иногда получается блестящий

результат там, где его не ожидают, и наоборот.

О подходе к вопросу о биологическом действии рентгеновых лучей с локалистических позиций говорит, например, применяемый нами термин — "чувствительная к рентгенолучам опухоль...". На самом деле чувствительность к лучам зависит, в первую очередь, от состояния всего организма в целом и, прежде всего, от функционального состояния центральной нервной системы, в то время как гистологическое строение опухоли, ее размеры и локализация играют существенную, но все же второстепенную роль.

После лечения лучистой энергией в опухолях и тканях наблюдаются те или иные морфологические изменения. Реактивные изменения в организме под влиянием рентгеновых лучей могут быть оценены с различных точек зрения и различными методами — клиническими, физиологическими, биохимическими и т.д. Несомненно, и морфологический метод может оказаться весьма полезным.

Несмотря на то, казалось бы местное первоначальное воздействие рентгеновых лучей, изменения происходят не только в зоне поражения, но и во всем организме в целом, и иногда эта общая реакция проявляется в значительно выраженных субъективных ощущениях больного, как-то: повышение температуры, общее недомогание, слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота и т.д.

Несомненно, что морфологическим изменениям всегда предшествуют функциональные сдвиги, выявляемые только при физиологических методах исследования.

При всяком патологическом процессе организм больного реагирует на него своими защитными компенсаторными механизмами.

При злокачественных опухолях даже без лечения происходят защитные реакции, морфологически хорошо определяемые /Л.М.Рат-

нер и к.м.н. О.М. Вединина/.

Всякое лечебное средство, в том числе и рентгеновы лучи, ценны только тогда, когда они углубляют и усиливают эти компенсаторные механизмы.

Далее дается анализ морфологических изменений в опухолях, которые происходят при воздействии рентгеновых лучей. Во всех препаратах отмечались изменения как со стороны опухолевых клеток, так и со стороны межуточного вещества, соединительной ткани, сосудистой системы. Они были различны и разнообразны иногда даже в одном и том же препарате как в качественном, так и в количественном отношении. Каждый клиницист, каждый патолого-анатом знает, что чем больше бластоматозный процесс ограничен от окружающих тканей, тем более четко очерчена его периферия, тем этот процесс доброкачественнее, тем он дает лучший прогноз.

Следовательно, все те изменения, которые способствуют ограничению процесса, надо считать защитными реакциями и путями к его изменению.

С этой точки зрения, все авторы считают действия рентгеновых лучей благоприятным тогда, когда вокруг опухоли образуется кольцо или пояс соединительной ткани. Но этот процесс вокруг опухоли не идет изолированно, а идет одновременно с теми изменениями, которые происходят в самой опухоли, а мы там видим очень яркие и интересные картины.

Изменения со стороны опухоли выражаются прежде всего в том, что комплексность опухолевых клеток нарушается, связь между ними становится более рыхлой, появляются мелкие очаги отека межуточного вещества.

Наряду с этим происходят изменения и в самих опухолевых клетках — они или уменьшаются в размере, или становятся гигантскими, уродливыми, местами с крупными гиперхромными ядрами. В дальнейшем некробиотические изменения в ядре и протоплазме клеток становятся более выраженными, происходит растворение клеток или распад их на мелкозернистые массы, затем появляются сначала мелкие, а затем более крупные очаги бесформенного некроза.

Наряду с этим, соединительная ткань, разрастаясь, окружает опухолевые альвеолы как бы кольцом. Отдельные, иногда множественные соединительные тканые прослойки врастают как между отдельными опухолевыми клетками, так и в белковые массы распада.

Иногда можно проследить, как среди белковых масс распада и отека появляются также постепенно утолщающиеся волокна не клеточного происхождения. В дальнейшем происходит набухание и гиалиноз коллагеновых волокон, и среди общей однородной гомогенной массы только изредка видны мелкие ячейки раковых клеток.

Наряду с развитием плотной гиалинизированной соединительной ткани, как бы инкапсулирующей опухолевые ячейки и замещающей некротические очаги, в некоторых участках отчетливо видна клеточная реакция соединительной ткани. Она выражается в появлении зоны мелкоклеточной инфильтрации вокруг опухолевых альвеол и очагов некроза и иногда в появлении гигантских многоядерных клеток типа макрофагов.

В теле этих клеток можно иногда наблюдать мелкую зернистость и изредка небольшие глыбки, которые обнаруживаются в то же время и в зоне некроза.

Резкие изменения отмечаются также и со стороны сосудистой стенки, прежде всего капилляров, выражающиеся в гиперемии, на-

бухании и нарушении эндотелиальной выстилки, периваскулярном отеке, отеке межуточного вещества, кровоизменениях.

В более поздние сроки происходит утолщение сосудистой стенки и гиалиноз ее с сужением просвета сосудов, т.е. происходит уменьшение проницаемости стенки сосуда. Таким образом, под влиянием рентгеновых лучей в опухоли происходит много самых разнообразных процессов. Часть из них мы имеем право расценивать как "оборонительные меры против болезни". К таким компенсаторным механизмам можно отнести следующие морфологические изменения:

1. Некробиотические явления с последующим распадом опухоли, проходящие ряд определенных стадий.
2. Клеточная реакция вокруг опухоли.
3. Изменение проницаемости капилляров.
4. Изменение со стороны соединительной ткани с постепенным превращением ее в гиалинизированную плотную ткань, несущую как бы барьерную функцию.

По мнению авторов, было бы недиалектично и неверно, с точки зрения клиники, рассматривать все указанные явления изолированно одно от другого и от всего организма и обязательно как защитные механизмы. Они будут таковыми только тогда, когда они существуют комплексно, в определенной последовательности и когда эти изменения протекают при общем хорошем состоянии организма.

Повышение проницаемости сосудистой стенки с выходом белковых масс в окружающие ткани играет свою положительную роль в смысле формирования сначала аргентофильных, а затем и коллагеновых волокон.

Выхождение плазмы крови в ткани при повышении проницаемости капилляров можно рассматривать как прогрессивное явление в том отношении, что оно сопровождается аноксией и гибелью клеточных элементов опухоли.

Но это повышение проницаемости можно считать полезным процессом только в определенной фазе болезни и только в том случае, если оно в дальнейшем сменяется понижением проницаемости с утолщением сосудистой стенки.

Длительное повышение проницаемости сосудистой стенки является уже прогностически неблагоприятным симптомом. Особенно осторожно нужно подходить к оценке морфологической картины гибели опухолевых клеток. Каждый клиницист видел очень много больных, у которых под влиянием рентгеновых лучей происходит быстрый и сильный распад опухоли, но в то же время они быстро погибали от протеиногенной кахексии.

Компенсаторным и защитным механизмом можно считать в том случае, если одновременно с разрушением происходит ограничение процесса с замещением погибших клеток соединительной тканью, при условии хорошей резистентности организма и устойчивости его нервной системы. Однако этот классический защитный симптом-склероз соединительной ткани при злокачественных опухолях требует крайне осторожной оценки.

Тот же самый скирр молочной железы с очень мощным развитием соединительной ткани может, особенно у молодых женщин, особенно в сочетании с беременностью, протекать крайне злокачественно с обширной диссеминацией и метастазами в кости. И он же у пожилых и старых женщин может не давать никакого роста в течение многих лет.

И при рентгенотерапии соединительно-тканый барьер является победой только тогда, когда он сочетается с полным исчезновением опухоли и заменой ее соединительной тканью. Если же этот барьер, как это часто бывает, имеется только на периферии, то его можно трактовать только как временный.

Новый подход и новая оценка морфологических изменений после рентгенотерапии имеет не только теоретическое, но и некоторое практическое значение. Оно может дать в руки рентгенотерапевтам некоторые критерии о характере и степени воздействия рентгеновых лучей в каждом конкретном случае. Эти морфологические критерии в сочетании с данными клиники и лаборатории, особенно с гистограммой, могут достаточно точно показать ту реакцию, которая имеется у данного больного на лечение лучистой энергией.

Хирургам, делающим операцию после рентгенотерапии, морфологические данные могут пригодиться.

Во-первых, они дают объяснение почему иногда после рентгенотерапии операция становится технически трудной — ткани гиалинизированы, очень плотны, иногда на значительном протяжении от основного очага. Все эти гиалинизированные ткани должны быть удалены по двум причинам:

Во-первых, в них могут сохраниться отдельные раковые клетки — источник будущих рецидивов.

Во-вторых, заживание в таких тканях происходит медленно и несовершенно. Иногда после рентгенотерапии операция сопровождается значительным кровотечением. Это объясняется не только нарушениями со стороны сосудистой стенки, но и изменениями самой крови, в частности, ее свертываемости.

С присущей Л.М. Ратнеру эрудицией он осветил вопрос о химиотерапии рака. Доклад, который был прочитан им на Областной онкологической конференции в апреле 1950 года, назывался: "Перспективы и пути современной химиотерапии рака".

Этот доклад представляет не только исторический, но и практический интерес, а поэтому мы позволим его привести полностью.

Доклад начинался историческим аспектом:

"...Прошлое химиотерапии злокачественных опухолей очень печально.

Выдающийся итальянский онколог, энтузиаст химиотерапии рака - Фикера в 1937 г., незадолго перед смертью издал книгу по этому вопросу, которую нельзя читать без волнения и грусти.

Величайшие умы древних, средних и новых веков с большим упорством и напряжением искали медикаментов для лечения рака. Среди таких химиотерапевтов мы встречаем имена Галена, Авиценны, Паре, Де-Шамана, Везалия, Фаллопия, Бильрота, Эсмарка, Рекамье, Мабуде, Тирша, Герни, Эрлиха, Блюментала, Фишер-Базельса и многих сотен менее известных ученых. Все предложенные методы оказались неэффективными.

Методы лечения рака гистололизатами так называемых антибластических органов (селезенка, костный мозг, зобная железа), основанные на крайне туманной теории происхождения опухолей в результате нарушения корреляции между печенью, селезенкой и поджелудочной железой Фикера, не пережили их создателя, точно так же, как антитоксическая сыворотка Богомольца сразу потеряла всякий кредит после смерти ее автора. То же произошло и с открытием Варбурга, который основу необластического роста видел в молочно-кислом брожении.

Фишер-Базельс выражал уверенность, что опухоль возникает только там, где условия для окислительных процессов сведены до минимума и ткань переходит к новым формам существования, снабжаясь энергией уже в результате бродильных явлений.

Эти теории привели к возникновению соответствующих взглядов на лечение опухолей. Вполне логично родилось стремление либо подавить то брожение, без которого опухоль существовать не может, либо резко повысить окисление в опухоли и этим самым вызвать уменьшение и исчезновение опухоли.

Чтобы этого достигнуть Альберт Фишер заставил животных с карциномой Эрлиха дышать чистым кислородом при сильно повышенном давлении.

Auber приблизительно тем же методом лечил больных и животных. Но особенно много лечил окислением и животнык и больных раком Фишер Вазельс.

Все три автора писали об успехах, но все проверочные исследования, в том числе и наших исследователей Брикнер и Лазарис, показали неэффективность этих методов лечения.

Дальнейшие исследования показали, что брожение только дополнительный, а не основной источник жизни опухоли. Она может существовать без глюкозы и без брожения.

Ацидотическая теория была порочна, ибо практически нельзя подкислить весь организм в таких масштабах, чтобы прекратить брожение, и жизнь и размножение раковых клеток стали невозможными. Если это сделать, то нарушится кислотно-щелочное равновесие, и животное погибает от так называемой ацидотической комы.

Ацидотическая теория может принести пользу в культуре раковых тканей, но не в живом организме.

У врача, читающего о всех этих постоянных роковых и многим кажушихся неизбежными неудачах, невольно возникнет 3 вопроса:

- 1). Какова причина этих неудач?
- 2). Устранимы ли эти причины и, в связи с этим -
- 3). Стоит ли продолжать поиски химиотерапевтических препаратов для лечения рака?

Если бы проанализировали все до сих пор применявшиеся методы химиотерапии, то нашли бы одну и ту же причину неудач. Все они научно не были обоснованы, да и в самой проблеме рака много неизвестных и темных сторон.

Со времени Гипократа и до настоящих дней (1950 год - Ю.С.) Он построены на шатких теориях. На них же зиждется и лечение. Несоостоятельность теории влечет за собой и несоостоятельность терапии.

Большинство авторов, предлагавших новые методы и новые средства для химиотерапии рака, не учитывали того основного закона химиотерапии, который был выдвинут еще Эрлихом и который в настоящее время можно формулировать следующим образом: всякое вещество, специфически действующее на бластоматозную клетку, должно дойти до нее в неизмененном виде, в соответствующей концентрации и дозе.

Многие средства *in vitro* совершенно угнетали рост и обмен раковых клеток, но *in vivo* эти препараты оказались совершенно недействительными, они изменялись под влиянием химических факторов крови и лимфы.

Бесконечные неудачи привели к тому, что врачебная масса воспитывалась и работала в убеждении, что химиотерапевтических средств против рака нет и быть не может. Такому пессимистическому взгляду на химиотерапию благоприятствовало понимание рака как местного процесса, живущего автономной от всего организма жизнью. Отсюда кредо школы братьев Мейо, да и многих других по отношению к раку гласило — организм беззащитен против рака. Естественного иммунитета против рака нет, искусственного никому еще получить не удалось. Следовательно, в нашей борьбе со злокачественными опухолями мы должны иметь в виду не организм, пораженный опухолью, а только самую опухоль, которая должна быть центром всех наших воздействий.

Таково было положение с химиотерапией злокачественных опухолей до Великой Отечественной войны.

Современная советская онкология, отрешившаяся от многих ошибочных теорий и взглядов, должна изменить свое негативное отношение к химиотерапии рака. Организм не беззащитен против злокачественных опухолей.

Зильберу в нашей стране и Кидду за рубежом удалось получить антитела, специфически реагирующие *in vitro* с определенным осаждаемым компонентом опухолевой клетки. По Кидду, антитела, появляющиеся в крови кроликов с привитой опухолью Броун Пирс, способны подавлять рост опухоли при некоторых условиях. Отмечая этот феномен, автор добавляет, что он все же не доказывает вирусного происхождения опухоли Броун-Пирса.

Некоторые клинические наблюдения также показывают, что, воздействуя на определенные системы организма, можно одновременно воздействовать и на бластоматозный рост в желательном для нас направлении.

Цитотоксическая сыворотка Богомольца, оказавшаяся бессильной против человеческого рака, все же путем стимуляции активной мезенхимы вела к остановке опухолевого роста у животных.

Изменяя гормональное равновесие организма, можно значительно изменить течение злокачественных опухолей не только у животных, но и у человека.

Постепенный отход от вирховских позиций поднял угасший на долгое время интерес к химиотерапии рака. Этому оживлению мы должны очень радоваться, ибо с помощью только ножа и лучистой энергии мы вряд ли добьемся окончательной победы над злокачественными опухолями.

На современном, хотя и обновленном химиотерапевтическом и противораковом фронте, существуют те же два способа воздействия на опухоль, как и 20, 30, 50 лет тому назад.

Базируясь на этих двух старых основных направлениях, современные онкологи создали ряд новых, вернее обновленных, химиотерапевтических концепций, отличающихся друг от друга по

механизму действия на бластоматозный рост.

Важнейшие из этих концепций следующие:

1. Химиотерапевтический противораковый агент должен быть кариокластическим ядом, т.е. действовать на клетку в самую чувствительную фазу ее жизни, т.е. в момент ее деления. Для клеток злокачественных опухолей такое действие особенно существенно, т.к. они имеют склонность к беспрерывному размножению. Наибольшей кариокластической силой обладает алкалоид Колхицин, слабее аналоги горчичного газа, уретан. Все они очень токсичны и в экспериментах разрушают опухоль, но и животные погибают.

Следовательно, искания новых нетоксических кариокластических ядов очень нужны. Для меня только неясно, существуют ли вещества, разрушающие ядро злокачественной клетки и не действующие на нормальную" (Л.М.Ратнер).

2. Некоторые нормальные ткани обнаруживают избирательную чувствительность к определенным химическим веществам. Эта чувствительность не только сохраняется, но даже увеличивается в случае поражения этих тканей злокачественными опухолями.

Например, из опыта газовой войны хорошо известно, что БОВ или хлорэтиламин особенно энергично поражает лимфоидную ткань. Логично, поэтому, использовать хлорэтиламин для лечения опухолей лимфоидной ткани, что и было с успехом испытано на больных.

Новые препараты - эмбижин, даумин - не идеальны, нужны новые.

3. Равным образом вполне логичны попытки лечить рак веществами, лишаящими клетки опухоли материала для ассимиляции. Клетки предстательной железы и в норме и в патологии требуют веществ андрогенного характера. Чтобы лишить их этих веществ, применяются антогонисты, т.е. экстрогены - синэстрол, стилбестрол, фолликулин. Получается так называемая химическая кастрация, в отличие кастрации хирургической или рентгенологической.

Как уже известно, лечение рака предстательной железы синэстролом дает хорошие результаты. Несомненно, будут найдены соответствующие препараты для рака щитовидной железы, яичников и других органов.

4. Существует идея лечения злокачественных опухолей путем лишения их кровоснабжения. Сосуды опухолей построены примитивно, имеют стенку, состоящую только из одних эндотелиальных клеток. Многие эндотоксины - стрептококковый, дифтерийный, bacill. prodigiosus повреждают эти сосуды, образуют геморрагии, опухоль разрушается, и на месте ее образуется рубец.

Учитывая это обстоятельство, многие ученые возвращаются к методу Коней - лечение опухолей эндотоксинами - разрушают

опухоль в центре, но не на периферии.

5. Воздействие на ретикулоэндотелиальную систему опухолевых больных. Сюда мы относим антиретикулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца и метод замечательного итальянского исследователя Фикера — лечение рака вытяжками из антибластических органов (селезенка, зубная железа, костный мозг).

6. Ростозадерживающие вещества. Киттель и Фишер показали, что можно задержать рост раковой ткани в эксперименте с помощью гепарина. Сырой, химически неочищенный пенициллин обладает таким же действием.

7. Близким к химиотерапии следует считать физиохимиотерапию, т.е. лечение опухолей искусственными радиоактивными веществами. Этот метод родился в 1934 г. и связан с именем чета Кюри-Жолио. При злокачественных опухолях эти вещества стали испытываться только после Великой Отечественной войны.

Механизм их действия приблизительно таков же, как и радия. В конце концов они вызывают распад раковых тканей и клеток с последующим развитием рубцовой соединительной ткани. Но искусственные радиоактивные вещества имеют некоторые преимущества в сравнении с естественными. Их легко дозировать и направлять их действие на определенный болезненный очаг. При этом учитывается их избирательное накопление в определенных органах.

Так, например, радиоактивный йод скапливается преимущественно в щитовидной железе, радиоактивное железо — в слизистой кишечника, селезенке и эритроцитах, радиоактивная медь — в печени, радиоактивный фосфор — в костном мозгу.

Лечение рака искусственными веществами — музыка будущего. Сообщений о его применении очень мало, и пока опасно высказывать чересчур оптимистические суждения.

8.9. Среди громадного числа химических препаратов, предложенных для лечения рака, в связи с приведенными выше концепциями, имеется много средств, оказавшихся эффективными в эксперименте, и имеется очень немного, способных воздействовать на злокачественные опухоли человека.

Можно по пальцам пересчитать лекарственные вещества, доказавшие свою способность тормозить бластоматозный рост у человека. Среди них "К.Р." Роскина и Клева занимают первое место.

Как ни скромны наши химиотерапевтические возможности, самый факт существования веществ, обладающих туморотропизмом, является знаменательным и толкающим на новые искания в области химиотерапии. Есть некоторые основания оставить попытки поисков универсального средства для всех видов злокачественных опухолей и искать их для отдельных форм и локализаций рака.

Уже найдены такие химиотерапевтические средства для рака простаты, рака грудной железы, лимфатических опухолей, которые эффективны только при этих локализациях и совершенно неактивны при других. Избрав для своих научных исследований этот химиотерапевтический путь, мы не должны забыть о тех старых испытанных путях, которыми онкология обязана всеми своими достижениями.

"Я имею в виду раннюю диагностику, которая была, есть и всегда будет альфой и омегой онкологии.

Я имею в виду также дальнейшее усовершенствование оперативного и лучевого лечения" (Л.М.Ратнер).

Нельзя поручиться, что мы в ближайшее время будем обладать средством, так же быстро и окончательно вылечивающим рак, как хинин-малярию или сальварсан и висмут — сифилис. Зато мы уже обладаем средствами, которые тормозят бластоматовый рост и даже вызывают обратное развитие опухолей.

"Я своими глазами много раз видел под микроскопом замечательные изменения, которые происходят под влиянием химиопрепаратов в опухолях человека. Исчезают митозы, т.е. исчезает самое страшное свойство раковых клеток — непрерывное размножение, появляются макрофаги, которые уничтожают раковые клетки и потому их можно назвать канцерокластами. Уничтожают ли эти канцерокласты всю раковую опухоль или только часть ее, вероятно центральную, мы пока не знаем. Во всяком случае эти вещества вредят раковым тканям, а поэтому в сочетании с ними оперативное или лучевое лечение будет несомненно более действенным, чем без них. Это комплексное лекарственное или биологическое, оперативное и лучевое лечение рака медленно и болязненно, но уже вступает в строй. Конечно, это далеко не означает полной победы над раком, но это увеличивает наше вооружение в борьбе с ним.

Мы, онкологи, скромные и не избалованные удачами люди, рады и этому, и мы можем более уверенно смотреть в будущее" (Л.М.Ратнер).

Проф. И.Я.Постовским были синтезированы химические вещества — препарат 186, препарат 243, которые как-будто обладали антиканцерогенным действием. В этом отношении удалось доказать, что препарат 186 отличается более высоким действием, чем препарат 243, — как задерживающий возникновение самих индуцированных опухолей, вызванных этими синтезированными канцерогенными веществами. Это направление нужно признать весьма актуальным.

"Рак - это общее тяжелое заболевание, - пишет Л.М.Ратнер, - и нельзя больше лечить опухоль, забывая заболевший организм, носителя опухоли. Надо искать методы воздействия на весь организм через нервную и гормональную системы".

е) Разработка вопросов этиопатогенеза, статисти-
стики и экспериментальной онкологии - - - -

Образцом исторического изложения вопросов этиопатогенеза злокачественных опухолей является работа Л.М.Ратнера "Рак и культура"х).

Он пишет: "Хотя современное учение об опухолях по сравнению с Вирховским совершило большую эволюцию, но еще и сейчас, правда, скорее по традиции, чем по объективной оценке мы встречаемся с постоянными жалобами на полное незнание всего, что касается происхождения опухолей.

Kruske писал в начале XX века: "Мы знаем о раке не больше, чем знали наши деды". Английский ученый Робертс писал: "Современное учение об опухолях представляет собою непроходимые джунгли, куда почти не проникают лучи света". И никому иному, как Ашофу, приписывается крылатая фраза, что "Он не понимает трех вещей: политики, музыки и опухолей".

Всякий, кто знаком с воззрениями Ашофа на этиологию опухолей и с категоричностью его суждений, тот поймет, что в устах Ашофа эта фраза звучит скорее как красивый парадокс, чем как искреннее убеждение. Во всяком случае, несомненно существующий во врачебной среде взгляд на злокачественную опухоль, как на загадочный сфинкс, составляет драму современного онколога. Последний не может приобщить свою специальность к

х) Труды Уральского областного физиотерапевтического института, сб. I, 1933 г., стр. 27.

с временному профилактическому направлению медицины и не может вылавливать ранних форм рака, работая среди врачей, вообще неверящих в возможность профилактики в этой кажущейся им исключительно темной области.

Между тем для пессимизма и скептицизма сейчас уже нет больше оснований.

Науссманн еще в 1897 году писал по этому поводу: "Мы настолько привыкли всегда повторять о нашем полном незнании происхождения опухолей и особенно рака, что этот нигилизм превратился в догму. И большинство врачей совершенно не заметило, что мы постепенно приобрели достаточно познаний относительно происхождения опухолей".

А в 1930 г. Русси и Гейчленберг почти в одинаковых выражениях говорят, что о причинах рака мы знаем не меньше, чем о причинах многих других заболеваний. Конечно, это не значит, что проблема рака уже решена как это можно понять из последних работ Богомольца, но значит, что некоторые и очень важные стороны этой, безусловно, многогранной проблемы освещены уже достаточно ярким светом.

И, если мы посмотрим последние главы истории онкологии, к сожалению, еще никем не написанной, то найдем полное подтверждение этому. Новые клинические, морфологические и экспериментальные данные пробили большие бреши в тайне, окружающей генез злокачественных опухолей, а за каждым новым словом в этиологии опухолей всегда немедленно следовали новые методы их лечения и предупреждения...".

В заключение своей статьи Л. М. Ратнер пишет: "Каждое новое завоевание в онкологии все больше и больше убеждает нас, что

рак надо причислить к социальным болезням. Это признание должно заставить нас перенести изучение проблемы рака из области патологии не только в область биологии, но и в область социологии. И надо думать, что углубленное изучение рака в такой плоскости покажет, что рак не только биологическое преступление, но и социальное...".

Хотя статья Л.М. Ратнера была написана свыше 30 лет тому назад, но и сегодня под каждой ее фразой можно поставить подпись. Прочитав эту статью, кажется, что она была написана вчера.

Из клиники Л.М. Ратнера вышла первая работа в Свердловске по статистике рака. В заседании Свердловского общества хирургов и патологов 2 октября 1934 г. доктор Шильников сделал доклад: "Раковая смертность в Свердловске за 5 лет (1928-1933 годы)"^х.

Выводы автора:

1. Статистика смертности только по материалам ЗАГСа является дефективной, т.к. многие заведомо раковые больные регистрируются районными врачами как умершие от сердечной слабости, отека легких и т.д.

2. В Свердловске роста раковой заболеваемости не наблюдается, равным образом не наблюдается и его помолодение.

3. По частоте локализации первые места принадлежат раку желудка и раку матки.

4. Правильная статистика раковой заболеваемости не может базироваться исключительно на данных ЗАГСа и может быть достигнута тогда, когда будут выработаны стандартные карточки для регистрации смертных случаев, когда врачи будут их правильно заполнять.

5. Статистика смертности от рака должна проводиться параллельно со статистикой заболеваемости раком и параллельно со статистикой секционной.

^х) Новый хирургический архив, т. 32, кн. 3-4, 1934 г., с. 579.

Резюмируя, профессор Л.М.Ратнер говорит: "Статистика заболеваемости, смертности и результаты патолого-анатомических данных - вот пути к правильной оценке раковой физиономии города".

Динамика заболеваемости и смертности по г.Свердловску злокачественными опухолями в 1937 г. представлена в докторской диссертации В.И.Величина - "Состояние здоровья населения города Свердловска по материалам обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения г.Свердловска в 1937 г." (г.Свердловск, 1946 г.).

Она изучалась в сравнении с данными ежегодных статистических сборников Свердловского Облздравотдела, составленных И.К.Курдовым с 1924 по 1929 гг., а также клиники профессора Л.М.Ратнера, которой принадлежит ряд работ по изучению распространенности злокачественных новообразований (Л.М.Ратнер, А.Н.Скобунова, А.П.Бенедиктова, Шильников, Шарлаш, Знаменский) и данным И.И.Медведева, А.С.Барышников, давших статистические обзоры секционного материала больниц города Свердловска за 1932-1933 гг. и 1935-1939 гг. (всего свыше 5 тыс. вскрытий).

По данным В.И.Величина злокачественные новообразования в гор.Свердловске как причина смертности в 1937 году были на 8-м месте, тогда как в г.Ленинграде и Москве (по данным Меркова) - на третьем месте, а в городах РСФСР с населением свыше 50000 чел. - на четвертом месте.

Последний раздел, которым начал заниматься Л.М.Ратнер, но который не успел закончить - это экспериментальная онкология. В этом разделе изучаются факты, стимулирующие и тормозящие рост экспериментальных опухолей, причем особое внимание уделя-

ется физиотерапевтическим агентам (канд. диссертация А. И. Мезенцева).

На основании всей проведенной работы удалось убедиться, что ультрафиолетовые лучи не только стимулируют бластоматозный рост, но и сами являются бластомогенным фактором. С помощью различных антибластоматозных веществ, приготовленных профессором И. Я. Пастовским (Свердловск), клиника пыталась воздействовать на прививные и холентреновые опухоли мышей.

Н. А. Нафтольев защищает в 1939 г. диссертацию на тему: "Характеристика злокачественной опухоли Броун-Пирс" (экспериментальный рак Броун-Пирс), а В. М. Лумпова в 1953 г. — на тему: "Новые данные о гистогенезе экспериментальных индуцированных сарком".

Л. М. Ратнер говорил: "... Должна существовать интимная неразрывная связь между клиническими и экспериментальными онкологами и, избирая темы, мы должны всегда к этому стремиться. Это возможно только тогда, когда имеется полная договоренность между клиницистами и экспериментаторами, и более ценные работы те, которые сделаны особенно комплексно, где имеется одновременно участие и экспериментатора, и патологоанатома, и биохимика, и клинициста.

С этой точки зрения те работы, которые проводились в нашей клинике, преследовали, в основном, эту цель, и мы старались выбрать темы, из которых можно не только когда-нибудь через много лет, но сравнительно в ближайшее время получить что-нибудь практически важное.

Дело в том, что между экспериментальной опухолью, будет ли

это индуцированная опухоль, спонтанная опухоль или прививная, и между опухолью человека принципиальной разницы нет, имеется полная тождественность не только в морфологическом отношении, но и в целом ряде реакций...".

Л.М. Ратнер в 1938 г. писал, заключая статью "Итоги семилетней борьбы за улучшение результатов лечения злокачественных опухолей":

"В течение 7 лет мы вели организационную, общественную, практическую и научную борьбу за улучшение результатов лечения. За это время нами было напечатано 49 научных работ. Многие из них имеют очень маленькую, а может быть и ничтожную научную ценность. Они касались самых разнообразных онкологических проблем, казалось бы ничем между собой не связанных. Но все они имели общую единую цель — повысить эффективность лечения злокачественных опухолей. И поэтому все эти работы, давшие в общем только новые детали второстепенного и третьестепенного значения, ценны тем, что они способствовали собственному усовершенствованию; они показали, что даже при современном состоянии онкологии, не зная этиологии рака, не имея в руках специфической диагностической реакции и специфических методов лечения, все же можно прогрессивно и непрерывно улучшать результаты лечения. Вся история онкологии это подтверждает. Для этой крайне трудной, но выполнимой задачи стоит жить и работать. Особенно это станет показательным, если мы оглянемся назад и вспомним, что было 20 лет назад в Свердловске. В области противораковой борьбы было абсолютно пустое место. Не было ни одной онкологической

ческой койки, ни одного онколога, не было радия, ни рентгено-терапевтического аппарата...^{х)}/здесь необходимо оговориться, ибо при изучении истории вопроса нам удалось выяснить, что видный уральский гинеколог и хирург доктор медицины А.М.Новиков в Екатеринбургском роддоме в 1912 г. применил радий для лечения раков матки, а в 1913 г. - рентгенотерапию/.

За период существования онкологической клиники в г.Свердловске сотрудниками ее написано свыше 150 работ, выпущено 4 сборника трудов, защищено 10 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Кроме того, по общехирургическим проблемам - 5 кандидатских и 3 докторских диссертаций.

Лично Л.М.Ратнером написано 65 научных работ, охватывающих громадный круг вопросов, из которых 24 посвящены онкологической проблематике (см. приложение).

Первый сборник трудов онкологической клиники "Проблемы клинической онкологии" был выпущен в 1936 г. (рис.90). В предисловии его проф.Л.М.Ратнер писал: "...Сборник четко отражает положение онкологии в провинции, где до сих пор еще эта отрасль медицины не пользуется, к сожалению, той степенью внимания со стороны врачей и органов здравоохранения, которым она должна пользоваться. Работы, посвященные вопросу об ошибках в онкологии и вопросу о причинах поздней обращаемости больных, достаточно ярко это иллюстрируют. Это положение онкологии в провинции еще более ярко бросается в глаза на фоне величайших достижений нашей страны, в частности в области здравоохранения.

х) Труды научно-исследоват.институтов Свердл.Облздравотд. Сборник 10, 1938 г.,с.17.



Рис.90. Сотрудники онкологической клиники - 1936 г.,
слева направо:
первый ряд - Горюнов, Нарбутовский С.Д., Горюнова М.П.,
Шульман М.С., Шульман Г.Я., Шильников,
Дробиз Ф.;
второй ряд (сидят) - Каплун М.Н., Л.М.Ратнер, А.Н.Ско-
бунова, А.Н.Лебедева, Э.Б.Шарлаш, А.П.Бе-
недиктова;
третий ряд (стоят) - Гаврилов, Назаров, Шадрин.
/Торжества по поводу выхода в свет I-го сборника
"Проблемы клинической онкологии"/.

Мы надеемся, что работа о прекарциноматозах, не вносящая ничего существенно нового, но суммирующая все до сих пор известное в онкологии, убедит читателя, что прекарциноматоз не выдумка, а действительно существующее состояние. Знакомство с ним должно принести большую практическую пользу.

Сборник отражает первый этап работы онкологической клиники Свердловского физиотерапевтического института...".

Поднятые Л.М.Ратнером проблемы актуальны, они требуют дальнейшего творческого развития и усовершенствования.

Л.М.Ратнер всегда был примером человека не только большого ума, таланта, огромной работоспособности, новатора по всему духу своей деятельности, он был еще и ученым с твердыми созвучными эпохе методологическими основами. Свою научную деятельность он строил по плану разрешения больших проблем, а не случайных отдельных научных исследований.

Его труды являют собой пример того, что И.П.Павлов называл "неотступным думаньем о предмете". Его приверженность идее осуществлялась прежде всего выбором принципиального направления, затем следовало тщательнейшее изучение вопроса, которое завершалось исчерпывающим изложением с четкими формулировками основных положений, всегда отличавшихся большой значимостью и перспективностью. Этим отличается его труд — "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы (1949 г.)/рис.91/.

Многие годы эта книга являлась настольной для хирургов и онкологов и не потеряла своей значимости до настоящего времени.

Проф. Л. М. РАТНЕР

516 216.76.616.07

p 25

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
И ДИАГНОСТИКА РАКА
ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ»
Свердловское отделение 1949

Рис. 91. Титульный лист монографии Л. М. Ратнера
"Диагностические ошибки и диагностика
рака грудной железы".

в) Ученники продолжают дело учителя

Многочисленные ученики профессора Л.М.Ратнера продолжают и в настоящее время продолжают работу в области онкологии на Урале. Нам хочется остановиться на деятельности 4-х из них, представив краткие биографические данные.

М.С.ШУЛЬМАН - старейший онколог Урала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РСФСР (рис.92).

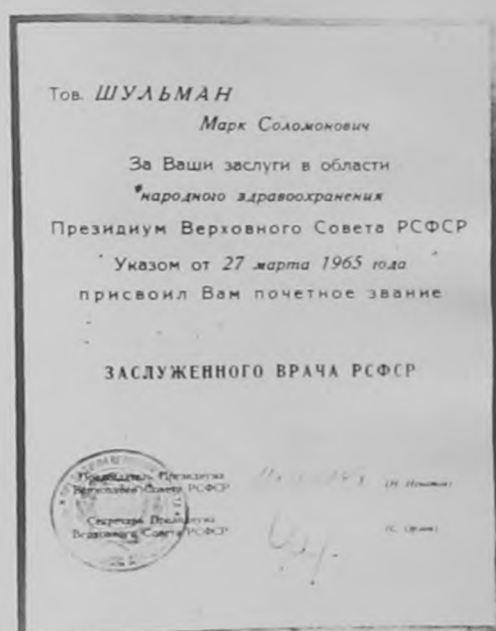


Рис.92. Доктор мед.наук, заслуженный врач РСФСР
М.С.Шульман.

Он родился 21 мая 1900 года в г.Перми. После окончания в 1926 году Пермского Государственного университета начал работать вра-

чом железнодорожного участка станции Чусовая. С 1932 по 1951 гг. ординатор, а затем старший научный сотрудник Онкологической клиники Института физических методов лечения.

После расформирования онкологической клиники работает в областном онкологическом диспансере заведующим отделением. В мае месяце 1937 г. успешно защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему: "Электро-хирургические операции при злокачественных новообразованиях", а в мае месяце 1949 года - докторскую диссертацию на тему: "Электро-хирургическая резекция желудка при раке".

За время работы в онкологических учреждениях М.С.Шульман проделал огромную работу по лечению больных, страдающих злокачественными опухолями, разработал собственные методы ряда хирургических вмешательств: гастроэнтероанастомоз электрохирургическим методом, модификация ушивания культи трахеи в кожный лоскут при экстирпации гортани, которая в дальнейшем получила признание за пределами Свердловской области.

М.С.Шульман имеет патент и авторские свидетельства, выданные Комитетом по делам изобретательства на изобретенные им электрифицированный плакат для наглядного изучения мышц человеческого тела (1920 г.) и кишечный зажим (1935 г.).

Марк Соломонович - единственный в Свердловской области доктор наук, работающий в практическом здравоохранении, блестящий хирург, владеющий всеми современными онкологическими операциями на любом органе, эрудированный ученый, перу которого принадлежит более 50 научных работ.

В 1949 году он впервые на Урале произвел удаление легкого,

пораженного злокачественной опухолью. Всего им произведено около 12000 операций.

За многолетнюю, плодотворную работу по борьбе со злокачественными заболеваниями, разработку новых методов лечения в 1960 году М.С.Шульман награжден Министерством здравоохранения СССР денежной премией, в 1961 году он награжден орденом "Знак почета", в 1962 году грамотой Свердловского Облисполкома, в 1965 году ему присвоено почетное звание "Заслуженный врач РСФСР". С 1958 года М.С.Шульман бессменный председатель Свердловского научного общества онкологов, он член пленума Всесоюзного онкологического общества.

В 1962 году он участник восьмого всемирного противоракового конгресса в городе Москве.

Активно М.С.Шульман участвует в подготовке кадров онкологов, занимаясь с врачами на курсах специализации по онкологии. Из изучаемых проблем большое внимание Марк Соломонович обращает на рак желудка. Начиная с докторской диссертации - "Электрохирургическая резекция желудка при раке" и в последующих работах, он последовательно останавливался на разных сторонах этого большого и важного вопроса.

В сборнике трудов онкологической конференции в Челябинске в 1960 г. опубликована его работа "Отдаленные результаты лечения рака желудка".

На 10-й научно-практической конференции онкологов Свердловской области он выступает с докладом "Отдаленные результаты электрохирургической резекции желудка при раке."

В журнале "Хирургия" за 1957 год опубликована статья "Мно-

жественный рак толстого кишечника". В журнале "Хирургия" за 1958 г. - "Расширенная резекция илеоцекального угла по поводу рака". В журнале "Клиническая медицина" за 1959 г. - "О первичном раке шлевы" и другие.

Активное участие М.С.Шульман принимает в организации онкологических конференций, о чем свидетельствует с успехом проведенная последняя из них - десятая по счету - 15-18 июня 1966 г.

А.Н.СКОБУНОВА - профессор, доктор мед.наук.

Александра Николаевна Скобунова родилась 16 апреля 1894 года в селе Вознесенский завод, б.Тамбовской /ныне Горьковской/ области в семье мастера завода (рис.93). В 1905 году семья переехала в г.Луганск, Днепропетровской области, здесь она окончила гимназию в 1913 году и в этом же году поступила в Женский мед.институт (ныне I-й Ленинградский), который окончила в связи с Великой Октябрьской социалистической революцией и гражданской войной в 1921 году. После окончания мединститута была оставлена в качестве субординатора госпитальной хирургической клиники. Но через год, в марте 1922 года, была командирована в Пермскую область на борьбу с эпидемией в связи с голодом. С сентября 1922 года до октября 1924 года работала ординатором госпитальной хирургической клиники Уральского госуниверситета у проф. Д.П.Кузнецкого.

Последующие 10 лет была ординатором областной хирургической больницы г.Свердловска, а затем с 1934 г. - младшим научным сотрудником онкологической клиники Свердловского Физинститута, возглавляемой проф.Л.М.Ратнером.



Рис. 93. Доктор мед. наук А. Н. Скобунова.

С 1936 г. по 1944 г. состояла ассистентом факультетской хирургической клиники Свердловского мединститута, возглавляемой проф. Л. М. Ратнером. С 1944 по 1951 г. — доцент клиники и одновременно заведующая хирургическим отделением 3 клинической больницы, на базе которой находилась факультетская хирургическая клиника, а с мая 1947 г. заведовала онкологической клиникой Физинститута. С 1951 по 1964 гг. заведовала кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии того же института. С 1952 по 1954 гг. была деканом педиатрического факультета Свердловского мединститута. В течение 13 лет с 1923 по 1936 г. была секретарем Уральского медицинского общества, а затем общества свердловских хирургов, членом правления онкологического общества. С 1930 года жизнь А. Н. Скобуновой связана с великой партией Ленина. Такова официальная сторона деятельности профессора А. Н. Скобуновой.

Александра Николаевна Скобунова прошла путь от ассистента до профессора, заведующего кафедрой. 36 лет ее работы в институте являются плодотворными в вопросах организации учебного процесса, подготовки и воспитания врачебных кадров, осуществления большой научной работы. А. Н. Скобунова является первой женщиной-доктором наук из числа научных работников Свердловского мединститута.

Почти все работы А. Н. Скобуновой посвящены одной очень важной актуальной проблеме — раку желудка, всесторонне ее освещающих, оригинальных по замыслу и глубоким по содержанию.

Изучались последовательно:

I. Причины позднего поступления больных раком желудка.

2. Морфология раковых опухолей желудка.
3. Диагностические ошибки при раке желудка.
4. Клинические формы рака желудка.
5. Вопросы патогенеза и гистогенеза рака желудка в свете учения о предраковых состояниях его.

На основе клинико-анатомических и гистологических исследований А.Н.Скобуновой проводится идея о предраковой роли так называемого гастрита в генезе рака желудка.

В 1941 г. А.Н.Скобунова защитила кандидатскую диссертацию на тему: "Рак и предрак желудка в клинико-анатомическом освещении". Официальные оппоненты профессора Б.П.Кушелевский и С.А.Покровский-дали заключение, что работа удовлетворяет требованиям, предъявляемым к докторской диссертации. Ученый совет согласился с мнением оппонентов и постановил ходатайствовать перед ВАКом о присуждении ей степени доктора медицинских наук. Монография представляет ценность, вносит вклад в науку. Автор шаг за шагом очень последовательно и детально показывает все морфологические нюансы перехода предраковых состояний в рак, тесно увязывает это с клинической картиной.

В 1948 г. она защитила докторскую диссертацию на тему: "Пути к ранней диагностике рака желудка" на заседании ученого совета ЦИУ в г.Москве.

Официальные оппоненты-профессора Рейнберг, Савицкий, Пожарский-дали хорошие отзывы о монографии. Ученый совет единогласно вынес постановление о присуждении А.Н.Скобуновой ученой степени доктора мед.наук. Диссертация представляет большой интерес, т.к. уделяет большое внимание диагностике ранних форм рака желудка.

В монографии синтезировано и анализировано все, что имеет отношение к диагностике рака желудка, приведен большой собственный клинический, рентгенологический и патолого-анатомический материал.

На Межобластной онкологической конференции в 1960 г. А.Н.Скобунова выступила с философским докладом - "Рак и выжидающий врач".

Если научная деятельность А.Н.Скобуновой была сосредоточена на одной очень важной проблеме, в освещении которой она имела вполне определенный и признанный успех, то в ее практической, хирургической работе круг ее интересов был очень широк, и она уверенно и с успехом оперирует почти во всех областях хирургии, пользуясь заслуженной репутацией тонкого диагноста и опытного хирурга.

Научные интересы профессора А.Н.Скобуновой, как и коллектива преподавателей руководимой ею кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, в последние годы посвящены были в основном изучению лимфотической системы при раке ряда локализаций. Здесь достаточно упомянуть такие работы, как: Д.Е.Цовьян-Шалагиновой "О внутриорганным распространении рака молочной железы", 1960 г., С.С.Вихриева - "Морфологические изменения лимфотической системы желудка при раке его (анатоми-экспериментальное исследование)", 1966 г., Е.С.Антиповой - "Лимфатическая система матки при раковой ее поражении", 1967 г.

В 1962 г. А.Н.Скобунова председательствовала на тематической конференции Свердловского мединститута - "Злокачественные новообразования". А.Н.Скобунова много внимания уделяла дальнейшей

разработке вопросов онкологии, с которой были связаны долгие годы ее практической и научной деятельности. Труд А.Н.Скобуновой был отмечен правительственными наградами: в 1950 г. она награждена значком "Отличнику здравоохранения", в 1945 г. - медалью "За доблестный труд в Великой Отечественной войне (1941-1945 гг.)", в 1951 г. - орденом Ленина. 15 июля 1964 года А.Н.Скобунова ушла на заслуженный отдых.

А.Н.ЛЕБЕДЕВА - доктор мед.наук (рис.94).



Рис.94. Доктор мед.наук А.Н.Лебедева.

Анна Николаевна Лебедева родилась 26/XI-1893 года в гор. Поркове, бывшей Псковской губернии, в семье учителя. Среднее образование — женскую гимназию — закончила в 1911 г. в г. Торжке, бывшей Тверской губернии и в этом же году сдала экзамен на аттестат зрелости при мужской гимназии в гор. Твери (теперь г. Калинин). В 1911 г. поступила в Петроградский женский медицинский институт (теперь первый Ленинградский). Во время прохождения курса в 1915 и 1916 гг. работала сестрой милосердия в госпитале Земского Союза. По окончании 10 семестров в 1918 г. без сдачи государственных экзаменов работала врачом в Петрограде. В 1920 г. сдала государственный экзамен. В феврале 1922 г. начала работать на Урале — в Лысьвенской советской больнице, где проработала 4 года, последующие 2 года работала в г. Алапаевске, Свердловской обл., а с 1928 г. начала работать в Свердловске, в поликлинике ВИЗа. С 1930 г. работает в онкологической клинике Свердловского научно-исследовательского института физических методов лечения, как гинеколог-онколог, специалист по лучевой терапии, под руководством профессора Л.М. Ратнера. В 1933 г. в течение двух месяцев была в научной командировке в Ленинградском Государственном Радиологическом институте, где знакомилась с рентгено- и кюритерапией. 16 июня 1936 г. А.Н. Лебедева защитила диссертацию на степень канд. мед. наук при Свердловском мединституте на тему: "Результаты лечения рака матки лучистой энергией". 4 декабря 1948 г. она защитила там же диссертацию на степень доктора мед. наук на тему: "Злокачественные опухоли яичников и их лечение". А.Н. Лебедевой опубликовано 30 научных работ. В феврале 1951 г. в связи с реорганизацией онко-

логической клиники в Областной онкологический диспансер - А.Н.Лебедева переведена заведующей стационаром.

В 1954 г. после организации научного онкологического общества в гор. Свердловске, А.Н.Лебедева была избрана первым его председателем. В 1958 г. она избрана почетным членом общества. В адресе на ее имя говорится:

"Дорогая Анна Николаевна!
Считаем своим приятным долгом довести до Вашего сведения, что на заседании Свердловского онкологического общества от 18 марта 1958 года члены общества единогласно избрали Вас Почетным членом онкологического общества г.Свердловска и Свердловской области, как старейшего онколога на Урале. Желаем Вам дальнейшей плодотворной работы и здоровья на многие годы".

Председатель Правления общества
доктор меднаук М.С.Шульман
Секретарь Соловьева.

Много труда и энергии А.Н.Лебедева вложила в подготовку онкологических кадров для Свердловской области и в пропаганду онкологических знаний.

А.Н.Лебедева занималась и общественной работой: В 1935-39 гг. она была депутатом районного местного совета депутатов трудящихся. Труд А.Н.Лебедевой отмечен правительственными наградами: в 1944 г. она награждена значком "Отличник здравоохранения", в 1946 г. - медалью "За доблестный труд в Великой Отечественной войне". 25 января 1963 г. А.Н.Лебедева умерла.

М.И.ГЛИКИН - доцент, видный рентгенолог Урала.

Михаил Исаакович Гликин родился 22 декабря 1905 года в г.Кунгуре Пермской области. После окончания в 1928 году медицинского факультета Пермского университета он начал работать инспектором Свердловского облздравотдела, затем после специализации в г.Ле-

нинграде на кафедре рентгенологии у проф. С. А. Рейнберга в 1931 г. пришел работать в Уральский рентгенологический институт научным сотрудником рентгенодиагностического отделения, а с 1 мая 1936 г. начал заведывать последним.

Начиная с этого времени и до конца своей жизни — вся врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность М. И. Гликина была связана с развитием рентгенологии на Урале.

М. И. Гликин — разносторонне образованный рентгенолог, талантливый организатор, незаурядный педагог. Он был учителем Уральских рентгенологов.

Его глубокие по содержанию и блистательные по форме клинико-рентгенологические разборы всегда привлекали многочисленную аудиторию. Будучи консультантом ведущих клиник и больниц г. Свердловска, он щедро отдавал свои знания молодежи; вся его деятельность была направлена на оказание помощи больным.

М. И. Гликину принадлежит около 40 научных трудов. Он занимался преимущественно 2-мя крупными проблемами — рентгенодиагностикой заболеваний сердечно-сосудистой системы и рака легкого. Он зарекомендовал себя как ученый высокой эрудиции, автор оригинальных взглядов, организатор и участник серьезных экспериментальных исследований. Его кандидатская диссертация "Рентгеноморфологические изменения полостей желудочков изолированного сердца теплокровного", доложенная на XV Международном физиологическом конгрессе в г. Ленинграде и защищенная в 1939 г., и в настоящее время читается с огромным интересом и сохраняет свое значение. Широко известна и последняя крупная работа М. И. Гликина — его "лебединая песня" — монография "Рак легкого".

В предисловии к этому труду заслуженный деятель науки, член-корреспондент АМН СССР проф. А. Т. Лидский писал: "...В этой небольшой по объему монографии автор сумел весьма удачно, доходчиво, хорошим языком, четкими формулировками сказать все самое важное и самое нужное для врача в повседневной его работе..."

Под руководством М. И. Гликина выполнен ряд кандидатских диссертаций и многочисленные журнальные статьи.

В течение ряда лет он состоял членом нескольких научных обществ (рентгенологического, хирургического, терапевтического), в которых выступал с докладами, посвященными в основном клинической рентгенологии. Много лет состоял членом президиума и секретарем Свердловского рентгенологического общества.

20/XI-1962 года кандидат медицинских наук, доцент М. И. Гликин скоропостижно скончался.

2. Профессор А. Т. Лидский и его школа

а) Краткие биографические данные проф. А. Т. Лидского

Выдающийся советский хирург, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР А. Т. Лидский родился 23/XI-1890 г. в г. Краснодаре (рис. 95).

В 1909 году после окончания Астраханского реального училища он поступает на медицинский факультет Казанского университета. В мае 1914 года он оканчивает последний.

Биография этого видного хирурга нашей страны весьма поучительна. Еще будучи студентом, он публикует 3 работы, из которых



Рис. 95. Проф. А. Т. Лидский (род. 1890 г.)

одна - по топографии клапанов подкожных вен нижних конечностей человека - выходит из кафедры крупнейшего анатома Тонкова В.Н.; вторая - монография - посвящена сравнительной оценке методов подготовки рук хирурга и операционного поля - выходит из клиники известного гинеколога В.С.Груздева, она удостоена "Золотой медали".

В третьей работе, вышедшей из Астраханской больницы, где, будучи студентом, Аркадий Тимофеевич летом работал фельдшером, дается оценка перевязки подколенной вены по В.А.Оппелю при спонтанной гангрене. Таким образом, в хирургию А.Т.Лидский пришел с солидной анатомической подготовкой.

Всю первую мировую войну он проводит на фронтах, вначале полковым, а позднее госпитальным врачом. Отсюда его интерес на протяжении всех лет дальнейшей работы к вопросам военно-полевой хирургии.

После окончания войны, в 1918 году, он вернулся в г. Астрахань, где стал заведовать хирургическим отделением губернской земской больницы. В этом же году в Астрахани был организован университет с медицинским факультетом.

По рекомендации известного анатома А.И.Карузина, А.Т.Лидский был приглашен заведовать кафедрой нормальной анатомии. Вскоре в молодом вузе появился музей нормальной анатомии, богато обставленный собственноручно изготовленными Аркадием Тимофеевичем и его помощниками учебными препаратами.

В 1923 г. он по конкурсу занял кафедру общей хирургии. Здесь им также проделана огромная организационная работа.

12/ХП-1924 г. постановлением Государственного Ученого Сове-

та Наркомпроса А.Т.Лидский утвержден в звании профессора.

В 1925 и 1926 г. Наркомздравом РСФСР ему была представлена научная командировка за границу для усовершенствования по хирургии (посещал хирургические клиники Германии).

В 1931 г. А.Т.Лидский был приглашен Уральским здравотделом в качестве научного руководителя вновь открытой крупной хирургической больницы и для организации открываемого мединститута. Здесь полностью развернулась его выдающаяся способность как клинициста-хирурга и организатора. С первых же дней пребывания на Урале он включился в организацию медицинского института. В результате в короткий срок в центре Урала сформировался крупный, непрерывно растущий институт. Были созданы основные теоретические кафедры и прекрасные клинические базы; на заведывание кафедрами были приглашены молодые ученые Союза, и в течение последующих нескольких лет, благодаря хорошей солидной основе, созданной в самом начале, Свердловский мединститут разросся в мощную научно-исследовательскую и педагогическую базу. В первые годы существования института проф. А.Т.Лидский, оставаясь заместителем директора института по учебной части, вел последовательно или одновременно кафедры общей хирургии, оперативной хирургии, госпитальной хирургии.

Особенно плодотворно развернулась деятельность А.Т.Лидского на кафедре госпитальной хирургии.

В организованной им одной из самых крупных хирургических клиник в стране (свыше 300 коек) создаются специализированные секторы легочно-сердечной хирургии, болезней системы крови, хирургии печени и желчных путей, желудка, периферических сосудов,

патологии щитовидной железы, травматологии, неотложной хирургии, урологии, онкологии, в которых ежегодно выполняется свыше 4000 операций.

Обладая прекрасной оперативной техникой и исключительной эрудицией, он впервые на Урале создал в своей клинике сектор нейрохирургии. Все годы работы на Урале Аркадий Тимофеевич занимался хирургией язвенной болезни, болезни щитовидной железы и заболеваний сосудов.

В клинике, руководимой проф. А.Т.Лидским, ведется напряженная научная разработка соответствующих проблем, что выразилось в защите свыше 10 докторских и 40 кандидатских диссертаций, опубликовании объемистых томов "Трудов" клиники и многих статей, напечатанных главным образом в центральных журналах.

Прекрасно изданные "Труды" клиники, где опубликовано свыше 300 работ, широко известны и высоко оценены.

Лично А.Т.Лидским опубликовано свыше 100 работ, в том числе такие монографии, как "Хирургические подступы к предстательной железе при гипертрофии ее", "Глухая гипсовая повязка в лечении огнестрельных переломов и ранений суставов", "Эндемический зоб", "Важнейшие заболевания периферических сосудов", "Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний", "Хирургические заболевания печени и внепеченочной желчевыводящей системы". Последняя работа удостоена Академией медицинских наук СССР премии имени Пирогова.

Им опубликовано ряд обширных рецензий на вышедшие монографии по различным вопросам клинической хирургии, крупные статьи в "Опыте Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-

-1945 гг.", в Большой медицинской энциклопедии, в руководствах по хирургии.

А.Т.Лидский — новатор, автор новых методов хирургического лечения: им заново разработано учение об огнестрельном остеомиелите, создана оригинальная операция позадилоной простатэктомии; в неотложной хирургии одним из первых он начал выполнять резекции желудка при язвенных кровотечениях, холецистэктомии в острой стадии болезни. В легочной хирургии он разработал метод порциальной обработки культи доли легкого в случаях, наиболее тяжелых для изолированной обработки элементов корня.

Задолго до Великой Отечественной войны А.Т.Лидский начал заниматься хирургией сердца и, в частности, вопросом хирургического лечения грудной жабы путем создания сердцу коллатерального кровообращения /Б.П.Кириллов/.

В клинике А.Т.Лидского впервые в Союзе начала разрабатываться проблема газового наркоза /Сахаров М.И./.

Прекрасный воспитатель студенчества, А.Т.Лидский много лет готовит специально хирургические кадры, являясь основоположником одной из Уральских хирургических школ.

Из его школы вышел ряд профессоров, многие из которых самостоятельно возглавляют кафедры: А.Ф.Зверев, А.Е.Норенберг-Чарквини, В.А.Збыковская, В.Ф.Колосовская, Б.П.Кириллов, М.И.Сахаров, В.Н.Климов и другие.

А.Т.Лидский широко помогает практическому здравоохранению: он является активным помощником Свердловского горздравотдела по вопросам борьбы со злокачественными новообразованиями и эпидемическим зобом в г.Свердловске. В течение многих лет он проводил практику "открытых дверей": 1 раз в неделю он принимал больных

в поликлинике без всякой записи и направлений - любой больной мог прийти и получить совет и помощь.

Помимо огромной научной, хирургической, педагогической работы, А.Т.Лидский много внимания уделял общественной работе: он депутат Свердловского Горсовета нескольких созывов, один из бессменных руководителей Свердловского научного хирургического общества, член правления Всесоюзного общества хирургов, зам.председателя правления Всероссийского общества хирургов, член Международной ассоциации хирургов, член ученого медицинского Совета Министерства здравоохранения СССР и РСФСР, член редакционного Совета журналов "Вестник хирургии", "Экспериментальная хирургия и анестезиология", "Клиническая хирургия", "Проблемы эндокринологии". Во время Великой Отечественной войны - он главный хирург эвакогоспиталей наркомздрава по Свердловской области, член госпитального совета Наркомздрава Союза.

Советское правительство высоко оценило труд хирурга и ученого, наградив его в 1942 г. орденом "Красная Звезда", в этом же году ему присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР, в 1944 г. он награжден значком "Отличник здравоохранения", в 1946-году медалями - "За победу над Германией" и "За доблестный труд в Великой Отечественной войне".

В 1946 году при формировании Академии медицинских наук СССР он избирается членом-корреспондентом ее.

Многие научные общества называли А.Т.Лидского своим почетным членом: Ленинградское хирургическое общество Пирогова, Астраханское хирургическое общество, Свердловское онкологическое общество и другие.

В декабре месяце 1960 г. медицинская и широкая общественность г.Свердловска и области торжественно отметила 70-летие со дня рождения этого маститого хирурга.

В этот день ученики Аркадия Тимофеевича как символ любви и уважения к своему учителю и восхищения его талантом, как хирурга, преподнесли ему золотой скальпель.

В 1961 году Указом Президиума Верховного Совета СССР А.Т.Лидский был награжден орденом Ленина.

В 1965 г. А.Т.Лидский ушел на заслуженный отдых, но остался в строю — он является профессором-консультантом на кафедре госпитальной хирургии, на кафедре им созданной и вышестоянной.

Одновременно он продолжает оставаться на посту председателя хирургического научного общества.

б) Онкологические проблемы в трудах
А.Т.Лидского и его учеников

Рак легкого.

В течение ряда лет клиника А.Т.Лидского занимается проблемой рака легкого.

Здесь необходимо отметить такие работы, как "Нерешенные вопросы большой проблемы" /рак легкого/ (1958, 1960 г.)—А.Т.Лидского, "О причинах запущенности рака легкого по материалам клиники в свете отдаленных результатов"— доц.Т.И.Шеломовой и ординатора Н.П.Макаровой, "Диагностика и хирургическое лечение рака легких" — доц.Т.И.Шеломовой, Л.Н.Ракитиной и А.П.Палей.

Различными вопросами диагностики и лечения рака легких занимается клиника легочной хирургии (руководитель проф.М.Л.Шу-

лутко).

"История медицины вряд ли знает такие факты, когда частота какого-либо заболевания, не считая острых инфекций, нарастала бы такими темпами и так угрожающе, какие мы наблюдаем сейчас в отношении рака легкого. На глазах всего лишь одного поколения врачебной семьи рак легкого из редкого заболевания стал частым, повседневно наблюдаемым, заняв второе место по летальности от злокачественных заболеваний", — так начинается статья А.Т.Лидского "Нерешенные вопросы большой проблемы /рак легкого" (1958 г.)^{х)}.

Важность этой проблемы заставила Аркадия Тимофеевича вновь выступить с аналогичным докладом в 1960 г. на Межобластной онкологической конференции.

"Огромной важности проблема рака легкого все больше и больше тревожит нас и тяжестью заболевания, и трудностями ранней диагностики, а главное - несомненным ростом заболеваемости...".

В своем докладе А.Т.Лидский аргументированно^{но} говорит о росте частоты рака легкого. Так, на основе материала диспансеров 15 союзных республик установлен абсолютный рост больных раком легких.

Сейчас можно уже с полной уверенностью говорить о том, что по смертности от рака — рак легкого прочно занял у мужчин 2-е место, у женщин — 4-е. Появилась совершенно реальная угроза, что в ближайшие годы рак легкого займет первое место в статистике летальности от рака.

Далее автор подробно остановился на вопросе об этиопатогенезе рака легкого и заключает, что в одном из важнейших вопросов проблемы, в вопросе патогенеза, остается еще много неразрешенного и неясного.

х) Труды онкологической конференции, г. Челябинск, 1958 г., стр. 45.

Что касается вопросов диагностики и клиники рака легкого, автор заключает, что — только комплексное исследование дает сейчас возможным уверенно ставить диагноз и, что не менее важно, решать вопрос об операбельности. Из новых методов автор указывает на пункционную биопсию легких; много надежд возлагается на цитологический метод диагностики рака легкого; там где трудно получить мокроту, при скудности ее надо давать больным внутрь и путем повторного вдыхания пары скипидара и йода, вызывающие раздражение и усиление отделения мокроты, кроме того, — проведение 4-х сеансов рентгенооблучения — всего 800 "r" на подозрительный участок легкого, что усиливает слущивание опухолевых и атипических клеток.

Что касается ангиопневмографии в целях диагностики рака, то за отсутствием достаточно больших статистик трудно что-либо сказать по поводу диагностической ценности этого метода и его перспективности.

Но все же автор отмечает, что проводимые в его клинике исследования ангиографии желудка при различных его поражениях дают много интересного и характерного для рака, полипа, язвенной болезни и т.д. Можно думать, что по аналогии и здесь при патологии легкого мы должны получить достаточно характерные картины сосудистой сети для каждого вида поражения^{х)}.

Что касается клинических проявлений рака легкого, — до сих пор остается в силе старое положение: — клиника рака легкого — это клиника его осложнений, распознавание ранних форм рака легкого

^{х)} В 1964 г. Т.В.Копысов из клиники легочной хирургии, руководимой проф.М.Л.Шулутко /г.Свердловск/ успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему "Опыт ангиопульмонографии при туберкулезе и некоторых других шаровидных образованиях легких".

практически остается еще неразрешенной задачей.

Пожалуй, хуже всего то обстоятельство, что большинство случаев рака легкого долгое время протекает бессимптомно, а если и появляются какие-либо симптомы, то они настолько банальны и необременительны на протяжении долгого времени, что и врач, и больной их долго не оценивают. Благодаря этому, теряются драгоценные недели, месяцы... Утешением, хотя и маленьким, является то обстоятельство, что прогностические случаи, протекавшие до операции бессимптомно, оказались более благоприятными по сравнению с теми, где до операции уже имелись клинические симптомы рака легкого.

Наиболее трудный раздел — проблема лечения рака легкого. Нас преследует до сих пор огромный процент неоперабельности. Во всех статистиках фигурируют все те же цифры неоперабельности 13%, 26% и 37%.

Огорчает то обстоятельство, что до сих пор длительность жизни после радикальных операций в процентном отношении остается все так же на малых цифрах.

Так, например, Черчилль, известный по своим работам по хирургии рака легкого, утверждает, что за время с 1930 по 1957 гг. никаких изменений в вопросе о пятилетней выживаемости не произошло и что они по-прежнему равны 28%.

За последние 2-3 года оживленно обсуждается вопрос о том, какой операции надо отдать предпочтение — лобэктомии или пульмонэктомии.

Может показаться парадоксальным тот факт, что при правильном выборе метода — операция удаления доли дает лучшие результаты, чем удаление всего легкого.

Так, например, в работе Паульсона из 269 больных, оперированных по поводу бронхогенного рака, прожило более пяти лет 12% после пульмонэктомии и 26% после лобэктомии.

Хирурги это понимают: речь идет о рано диагностированных раках.

"В моем затянувшемся обзоре, — закончил свое выступление А.Т.Лидский, — я пытался указать на вопросы проблемы, являющие разрешения. В нем нет пессимизма, и если я привел не столь утешительные результаты лечения, то таково положение сегодня. Завтра едиными усилиями терапевтов, хирургов, рентгенологов, гигиенистов, отоларингологов результаты станут гораздо лучше, ибо современная медицина уже сейчас достаточно вооружена, чтобы и здесь выйти победительницей".

Проблема рака легкого настолько важна, что с 28 по 31 января 1957 г. в г.Ленинграде Министерством здравоохранения СССР и Институтом онкологии АМН СССР была организована научная конференция.

На 2-м заседании 29/1-1957 г. с докладом "К вопросу об особенностях распространения рака легкого в Свердловске и Свердловской области" выступил доц. В.С.Серебrenников. Этот доклад затем был опубликован в "Вопросах онкологии", 2-4, 1957 г.

В связи с вышесказанным, представляет интерес работа доцента Т.П.Шеломовой и ординатора Н.П.Макаровой из клиники госпитальной хирургии "О причинах ^азпущенности рака легкого по материалам клиники в свете отдаленных результатов ^алечения".

Анализ материала клиники показал, что большая часть больных раком легкого поступает в хирургическое отделение в запущенном состоянии. ^алечение
х) "Вопросы хирургии", т.7, 1961 г.

состоянии. Об этом говорит низкий процент операбельности (42,3%) и резектабельности (25%)!

Больные с первыми проявлениями заболевания (кашель, повышение температуры тела, одышка, слабость, кровохарканье), как правило, обращаются к участковому врачу-терапевту. При этом необходимо отметить, что больные длительное время получают симптоматическое лечение без рентгеновского обследования. Значительное число больных участковым врачом направляется в терапевтические стационары с диагнозом неразрезающейся пневмонии.

Каждый четвертый больной, по данным клиники, передается фтизиатрам.

На основании материала клиники можно еще раз подчеркнуть, что массовые профилактические осмотры безусловно оправдывают свое назначение (из 104 больных у 10 рак легкого был выявлен во время профилактического осмотра).

Интерес представляет и статья Т.П.Шеломовой с соавторами "Диагностика и хирургическое лечение рака легких"^{х)}, где сформулированы противопоказания к операции при раке легкого:

- 1) метастазы в отдаленные органы, в шейные, надключичные лимфоузлы;
- 2) геморрагический выпот в плевральной полости при выявлении в нем раковых клеток.
- 3) сдавление верхней полой вены;
- 4) охриплость голоса;
- 5) обширное прорастание опухоли грудной клетки;
- 6) распространение опухоли по главному бронху до бифуркации трахеи или на 1,5-2 см от нее, а также распространение опухоли по трахее.

х) "Вопросы клинической хирургии", т. I, вып. II, Сб. трудов, 1966 г., стр. 26-33.

7) прорастание опухоли пищевода, определяемого клинически /дисфагия/, рентгенологически при исследовании пищевода с контрастом, при эзофагоскопии;

8) сердечно-легочная недостаточность;

9) тяжелые нарушения со стороны функции печени, почек;

10) истощение, неподдающееся ликвидации.

Все эти признаки можно назвать признаками абсолютной неоперабельности.

В числе вопросов, разрабатываемых клиникой легочной хирургии под руководством проф. М.Л.Шулутко^{х)} /организована в 1960 г./, важное место занимает рак легкого.

Этой проблеме были посвящены ряд докладов на заседаниях научных обществ хирургов, рентгенологов, фтизиатров. Было проведено 4 декадника по пульмонологии для врачей фтизиатров и рентгенологов /М.Л.Шулутко, 461/; на базе клиники проведена специализация 75 врачей рентгенологов, 12 хирургов, 17 фтизиатров по основам пульмонологии.

Нуждаемость в консультативной помощи нетуберкулезным больным оказалась столь значительной, что с 1967 года в клинике начали проводить ежедневный амбулаторный прием больных. Он складывается из осмотра фтизиатра-пульмонолога, углубленного целенаправленного рентгенологического обследования, бронхоскопии с биопсией. В результате у 36,6% больных диагностирован рак легкого, у 34,3% - неспецифические воспалительные заболевания легких, у 6,4% - доброкачественные опухоли, у 22,7% - туберкулез, опухоли и кисты средостения, силикоз и т.д.

Из числа обследованных 39,2% больных госпитализировано, из

^{х)} Проф. М.Л.Шулутко - ученик проф. А.Т.Лидского.

них - 49% - оперировано. Операбильность при раке легкого составила 43,3%, а резектабельность - 33,3% к числу госпитализированных.

Проведение мероприятия привлекли внимание врачей к вопросам пульмонологии, повысили онкологическую настороженность и, несомненно, будут способствовать улучшению результатов лечения заболеваний легких.

В настоящее время при раке легкого применяется три основных варианта операции: пульмонэктомия, лобэктомия и лобэктомия с резекцией бронха /М.Л.Шулутко-462/. Пульмонэктомия была произведена в 40,3%, лобэктомия и билобэктомия - в 59,6%. Летальность в процентах после пульмонэктомии - 29,6%, после лобэктомии - 2,7%.

Не столько частота метастазирования, сколько особенности топографии самой опухоли (ее отношение к крупным сосудам, бронхам), характер и протяженность вторичных изменений в легком определяют выбор метода операции.

При периферическом раке выполнение лобэктомии возможно в 3 раза чаще, чем при центральном.

Есть все основания считать лобэктомию операцией выбора при раке легкого.

Целесообразна бронхо-легочная резекция при раке.

Только в 1967 г. опубликованы сведения о 136 таких операциях, произведенных в нашей стране, в их числе и данные проф. М.Л.Шулутко и руководимой им клиники (29 бронхо-легочных резекций).

Пересечение бронха позволяет произвести лобэктомию с той же степенью радикальности (в отношении всех групп внутрилегочных лимфоузлов), какой обладает пульмонэктомия.

Сочетание резекции бронха с лобэктомией значительно повышает

радикальность последней, а у ряда больных делает ее даже более онкологически оправданной операцией, чем пульмонэктомия.

Проф. М. Л. Шулутко производит лобэктомию с резекцией бронха при верхнедолевых периферических раках, при центральных раках этой локализации, если опухоль не выходит за пределы устья долевого бронха и нет признаков поражения главного бронха.

В случаях нижнедолевой локализации рака прибегают к лобэктомии (билобэктомии справа) с циркулярной резекцией главного бронха, когда имеются прямые или косвенные признаки поражения промежуточного /стволового/ бронха у больных, страдающих легочной недостаточностью.

Послеоперационная летальность при раке легких с резекцией бронха довольно значительна. По данным М. Л. Шулутко - 24,1%. Это еще раз подтверждает необходимость осторожного, дифференцированного подхода к применению тех или иных вмешательств, в частности резекции бронха, при раке легкого.

Основываясь на изучении послеоперационных осложнений, клиника М. Л. Шулутко считает, что резекция бронха противопоказана: при наличии выраженного разлитого эндобронхита, не поддающегося излечению; при распространении раковой или воспалительной инфильтрации через междолевую щель; при наличии выраженных склеротических изменений в оставляемой доле, а также у истощенных больных с резко нарушенными репаративными процессами.

От лобэктомии с резекцией бронха следует отказаться в случаях, когда иссечению подлежит участок бронха длиной более 3-3,5 см и межбронхиальный анастомоз накладывается со значительным натяжением.

Сочетание резекции бронха с химиотерапией /в виде регионар-

ной перфузии во время операции либо с введением препаратов в послеоперационном периоде / может, в известной степени, улучшить исходы вмешательства.

Рак желудка.

Представляют интерес ангиографические, автордиографические исследования и исследования границ резекции желудка при раке, проводимые в клинике госпитальной хирургии.

Э.К.Николаев защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Перестройка внутриорганный артериальной системы стенки желудка при различных патологических процессах в нем" / 1962 г. / (рис.96).

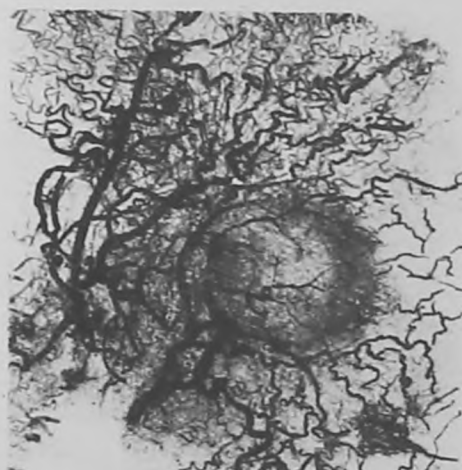
НА ПРАВАХ РУКОПИСИ

Э. К. НИКОЛАЕВ

ПЕРЕСТРОЙКА ВНУТРИОРГАННОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ
В НЕМ

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СВЕРДЛОВСЬК
1962



Сосуды раковой опухоли, возникшей
из язвы.



Атипичные сосуды полиповидного
рака желудка (увел. $\times 5$).

Рис.96. Титульный лист кандидатской диссертации Э.К.Николаева "Перестройка внутриорганный артериальной системы стенки желудка при различных патологических процессах в нем".

Автором изучены 104 ангиограммы, разработано 88 историй болезни и дана исчерпывающая характеристика рака желудка.

Автор пришел к выводу, что "...ангиоархитектоника при раке зависит от 3-х факторов: формы опухоли, ее гистоструктуры и степени развития.

Аденокарцинома и солидный рак имеют четкую зональность в строении сосудистого рисунка, заключающуюся в том, что место поражения на ангиограммах резко отличается от нормального сосудистого рисунка атипичным расположением вновь образованных атипичных сосудов. Вал инфильтрации и зона некроза четко отграничиваются.

При блюдцеобразных и чашеобразных раках вал инфильтрации содержит больше сосудов, чем обычная стенка желудка (за исключением запущенных форм). На отдельных участках артерии вздуты, расширены, большая их часть атипичных артерий тонкого диаметра имеет прямолинейную направленность. Крупные артерии внезапно обрываются у внутреннего края вала инфильтрации.

В дне ³изъязвившихся опухолей сосуды не определяются рентгенологически. В ранних стадиях и в запущенных случаях зональность расположения сосудов выражена недостаточно четко.

Инфильтративно растущие формы рака имеют свою характерную ангиоструктуру.

При язвенно-инфильтративной аденокарциноме полностью исчезает зональность строения артерий в месте поражения.

Участок стенки желудка, пораженный скирром, имеет густой рисунок атипичных артерий значительного калибра.

Сосуды коллоидного рака — атипичные, тонкие, выпрямленные — переплетаются в самых различных направлениях, как в пределах ткани опухоли, так и за ее границами.

О.Д.Трельская в течение ряда лет занимается изучением границ

резекций желудка при раке.

Эта работа начата в 1954 году по предложению А.Т.Лидского. В ее задачи входило в зависимости от макронизда рака:

- 1) Определить совпадение визуально и пальпаторно определяемых границ опухоли с микрограницами ее;
- 2) определить распространение опухоли вдоль малой кривизны и оральной и каудальной линиям резекции;
- 3) изучить радикальность операций по поводу рака желудка, путем гистологического исследования оральной и каудальной линий отреза его.

В первый период работы с 1954 по 1958 гг. на 164 резекции 43 или 23% оказались после гистологического исследования нерадикальными, во 2-й период с 1959 по 1964 гг. - на 217-37 или 17,2%.

Наибольшее число раковых находок выявлено в верхней линии /оральной/ резекции, наименьшее в нижней /каудальной/.

Снижение с 23% до 17% не радикальных операций позволяет прийти к заключению: тесный контакт патогистолога с хирургами оказал несомненное влияние на повышение радикализма операций^{х)}.

Рак щитовидной железы

Как известно, Урал является очагом тяжелой зубной эндемии. Продолжая традиции старых уральских хирургов Л.В.Лепешинского, В.А.Ляпустина и др., свердловские хирурги настойчиво изучали проблему предупреждения и лечения зоба. Этой проблеме посвящена монография А.Т.Лидского "Эндемический зоб", докторская диссертация

^{х)} Трельская О.Д. "К вопросу о границах резекции при раке желудка", стр. 25-27. Тезисы докладов 10-й научно-практической конференции онкологов Свердловской обл., 1966 г.

ция В.Ф.Колосовской "Хирургия тиреотоксикоза", работы А.А.Маневич, Л.А.Антоновой, интересная работа Р.Я.Шевченко о применении ауторадиографии в диагностике токсической аденомы, важные работы В.М.Лумповой, посвященные диагностике, клинике и лечению рака щитовидной железы. В 1959 г. А.Т.Лидский выступил с обширным докладом, посвященным зобу на торжественном заседании, посвященном памяти Н.И.Пирогова, в Ленинградском хирургическом обществе им. Н.И.Пирогова.

Можно считать, что работы, посвященные изучению патологии щитовидной железы, выполненные в большинстве сотрудниками проф. А.Т.Лидского, внесли много ценного, интересного и важного для практики в этой области краевой патологии.

в) Онкологическая проблематика в трудах
проф. В.Ф.Колосовской и М.И.Сахарова

Онкологическая проблематика имеет место в трудах учеников проф. А.Т.Лидского — проф. В.Ф.Колосовской и М.И.Сахарова, возглавляющих кафедры факультетской хирургии и общей хирургии.

Из факультетской хирургической клиники вышла кандидатская диссертация Е.А.Жукова "Вопросы клиники, морфологии и лечения злокачественных новообразований щитовидной железы", 1959 г.

Асс. П.В.Шабуров защитил в 1968 г. кандидатскую диссертацию на тему: "Вопросы применения ручного скенирования в хирургии щитовидной железы".

Автор отмечает, что "...С помощью автоматического радиоизотопного скенирования можно получить ценные указания для диагностики злокачественных и доброкачественных опухолей и определения локализации метастазов.

Данные гистоматресографии при раке щитовидной железы оказывают существенную помощь в решении вопроса об объеме оперативного вмешательства.

Локальную активность тиреоидной ткани можно определить и методом ручного сканирования с помощью доступных радиометрических приборов (В.Ф. Колосовская, 1961 г.)...

Д.А. Астафьев в 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Функциональное состояние коры надпочечников при раке и предраковых заболеваниях желудка".

На межобластной онкологической конференции в 1962 г. с докладом: "Оперативное лечение рака кардиального отдела желудка по материалам Областной клинической больницы №1 за 11 лет" выступила Базенова В.Г. Она отмечала, что с 1949 по 1959 гг. в онкологическом отделении областной клинической больницы находилось на лечении 256 больных раком кардиального отдела желудка. Оперировано 193 человека, причем радикальная операция проведена только у 86 больных, что составляет операбельность 34%.

Анализируя операбельность за 11 лет, отмечается вариабельность от 0% в 1952 г. до 47% в 1959 г.

Рост операбельности был не столько за счет улучшения диагностики, сколько за счет освоения техники самой операции, в связи с чем шире стали ставить показания к гастрэктомии. Одновременно большое значение имели такие факторы, как улучшение предоперационной подготовки, введение в практику эфирно-кислородного интра-трахеального наркоза в комбинации с потенцированием.

Что касается распространенности процесса, то в подавляющем большинстве больные оперируются в II и IV стадиях, а именно - II стадия отмечена в 75%, III стадия - 67%.

на тему: "Обоснование методов хирургического лечения эпителиальных опухолей мочевого пузыря".

Фрагменты из этой весьма интересной работы помещены в сборнике "Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости", 1966 г.

В результате исследования автор приходит к выводам:

1) резекция и экстирпация мочевого пузыря являются радикальными способами лечения рака мочевого пузыря и должны стать методом выбора, а показания к ним должны быть расширены;

2) на исход лечения оказывает влияние анатомическая форма, величина, локализация опухоли, протяженность и степень интрасстеночного распространения раковых клеток, наличие прорастания их в лимфатические капилляры и вены и ширина поля иссекаемой стенки пузыря, свободной от опухоли;

3) данные о ближайших исходах и отдаленные результаты резекции /до 12 лет/ дают право рекомендовать эту операцию как радикальный метод лечения рака мочевого пузыря. Опасаться расширенных резекций /геми- и субтотальной/ даже с уретероцистостомией нет никаких оснований.

Успех лечения рака мочевого пузыря обусловлен ранней диагностикой и своевременным хирургическим лечением.

Оперированные больные должны состоять на диспансерном учете и наблюдении.

Интересны работы И. И. Гузагиной: "Лечение больных с опухолями почек за 12 лет (1952-1963 гг.)", "О лечении злокачественных опухолей лоханок почек", "Рак предстательной железы по материалам клиники за 13 лет" (в соавторстве с Т. Н. Третьяковой), "Семинома яичка по материалам клиники за 8 лет (1956-1963 гг.)" (в соавторстве с Т. Н. Третьяковой).

Г. В. Таширов занимается вопросом гормонального баланса при раке молочной железы. Темой его исследования является соотношение хроматиновой субстанции гормонального баланса у больных с мастопатией и раком молочной железы".

С докладами на эту тему он выступил на симпозиуме в Москве и на I-й Всесоюзной конференции по химиотерапии рака в г. Риге в октябре месяце 1968 г.

Среди проблем, разрабатываемых клиникой общей хирургии, руководимой проф. М. И. Сахаровым, имеются работы и онкологического профиля.

Так, в сборнике "Вопросы хирургической патологии органов брюшной полости", в 1961 г. представлена работа М. И. Сахарова и Т. В. Солдатовой "Анализ лечения больных раком желудка".

45,8% больных произведена радикальная операция, а 54,2% паллиативная операция или пробное чревосечение.

Смертность после резекции желудка составила 7,35%. При проверке отдаленных результатов 30,5% жили 3 и более лет, в том числе 11,1% жили больше 5 лет.

Наиболее частыми гистологическими формами рака были аденокарцинома - 62,4%, солидный рак - 11,7%, скирр - 7,3%.

Наиболее частой локализацией рака была нижняя треть желудка - 44,5%, средняя треть желудка - 32,1%.

Высокая локализация рака наблюдалась в 13,7%. Мужчины наблюдались в 55,8%, женщины - 44,2%.

Преимущественный возраст поражения от 40 до 60 лет.

За последние годы наметилась явная тенденция более раннего выявления рака желудка и уменьшения процента больных, поступающих с IV стадией заболевания.

Только комплекс мероприятий, состоящий из раннего выявления рака, оперативного лечения предраков желудка, улучшения хирургической техники и абластичности вмешательства, при использовании современных видов обезболивания и аппаратуры - может улучшить неудовлетворительные результаты хирургической помощи при раке

желудка.

В сборнике "Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости", 1966 г., представлена статья М. И. Сахарова "Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка", что явилось логическим продолжением первой работы.

Радикальная операция чаще всего проводится в 3-й стадии заболевания. По локализации раковой опухоли в желудке лучшая выживаемость получена при поражении выходной трети желудка, чем выше локализация опухоли, тем показатель выживаемости хуже.

По объему вмешательства лучшие отдаленные результаты получены при частичной резекции (4/5) желудка по сравнению с субтотальной и тотальной резекцией, что находится в прямой зависимости от локализации опухоли.

Лучшие результаты получены при операции во 2-й стадии заболевания по сравнению с третьей стадией (пятилетняя выживаемость соответственно 33,3% и 6,3%).

Из гистологических форм лучшие отдаленные результаты выявились при медуллярном раке, хуже - при аденокарциноме и еще хуже - при скирре и солидном раке.

В целях улучшения отдаленных исходов оперативного лечения рака желудка на первое место должна быть поставлена борьба за раннее выявление и оперирование рака желудка.

В сборнике "Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости", 1966 г., представлены и другие материалы, относящиеся к патологии желудочно-кишечного тракта.

В.Э.Соркин "Рак желудка и беременность", "К вопросу о ретикулезе желудочно-кишечного тракта", "К вопросу о лейиоме желудочно-кишечного тракта"/в соавторстве с И.Д.Прудковым/;

В.И.Эккельман "Полипоз желудка (в свете отдаленных результатов оперативного лечения)", Г.Я.Гительман, Н.Ф.Кривенко "Рентгеноанатомические параллели при предраке и раке желудка", Н.А.Шахлевич, Т.Н.Пугач "Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалам лечебных учреждений Свердловской железной дороги за 13 лет".

В сборнике "Вопросы клинической хирургии", 1967 г., представлены следующие работы: О.А.Матвеева "Опыт диспансерного наблюдения предраковых состояний молочной железы за 5 лет по материалам дорожной больницы", Н.А.Шахлевич "Отдаленные результаты лечения рака молочной железы по материалам Свердловской дорожной больницы за 13 лет", Ю.Э.Соркин с соавторами "Редкие локализации опухолей кишечника", В.М.Ратников, В.Д.Тарасенко "К вопросу о целесообразности использования радиоактивного фосфора для диагностики поверхностно расположенных опухолей". В 1969 г. асс.клиники Ф.Н.Копылов успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Сравнительная оценка некоторых вариантов применения сшивающих аппаратов при резекции желудка".

3. Развитие нейроонкологии на Урале,
школа проф.Д.Г.Шефера .

а) Краткие биографические данные проф.Д.Г.Шефера

Давид Григорьевич Шефер – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, родился 1 декабря 1898 г. в местечке Степанцы, бывшей Киевской губернии в семье служащего. В 1917 г. он окончил 2-ю Астраханскую гимназию и поступил на медицинский факультет Саратовского университета, который окончил

в 1922 г. и был направлен на работу в Астраханский здравотдел. С 1922 по 1923 г. работал в терапевтическом и детском отделениях Астраханской горбольницы, а с 1923 по 1925 гг. ординатором в клинике нервных болезней Астраханского мединститута, где написал 3 работы и неоднократно выступал с докладами в научных обществах. В конце 1925 г. переехал на жительство в г.Ростов, где с 1926 г. по сентябрь 1937 г. работал в клинике нервных болезней и нейрохирургии Ростовского мединститута им.проф.П.И.Эмдина сначала экстерном, затем ассистентом, штатным ассистентом, а с 1932 г. старшим ассистентом клиники.



Рис.97. Доктор мед.наук, заслуженный деятель науки РСФСР Д.Г.Шефер.

С 1932 по 1937 г. работал старшим научным сотрудником Краевого института нейрохирургии, неврологии и психиатрии.

В 1932-1934 гг. руководил научным неврологическим студенческим кружком. С 1934 г. читал ряд приват-доцентских курсов для студентов 4 и 5 курсов.

25/х-1936 г. защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук на тему: "Действие рентгеновских лучей на центральную нервную систему (эксперимент и клиника)".

С 1925 по 1934 гг. работал в разных лечебных учреждениях Ростовского Горздрава и Азово-Черноморского крайздрава.

С 1932 по 1935 гг. состоял консультантом крайздрава по вопросам невропатологии и психиатрии.

С 1932 по 1937 гг. состоял секретарем и членом президиума Ростовского краевого общества невропатологов и психиатров.

В 1937 г. по конкурсу избран заведующим кафедрой нервных болезней Свердловского медицинского института.

С 1943 по 1950 гг. состоял научным руководителем Свердловского института физических методов лечения Министерства здравоохранения РСФСР.

Жизненный путь Д.Г.Шефера — это путь врача-исследователя, который весь свой талант блестящего ученого и организатора отдал одной, но пламенной страсти — помощи страдающим людям. Этому делу служат его свыше 200 работ, его 3 монографии стали настольными книгами по ряду важнейших разделов неврологии и нейрохирургии, а из его учеников, в составе которых 10 докторов и 41 кандидат, можно комплектовать не один исследовательский институт. Перечень проблем, решенных и решаемых коллективом Д.Г.Шефера — это важнейшие и жизненно необходимые вопросы невро-

патологии и нейрохирургии; без его участия и участия его учеников не проходит ни один крупный съезд, конференция или симпозиум в СССР.

Д. Г. Шефер — крупный невропатолог с разносторонними интересами. Много внимания он уделяет клинико-морфологическим, клинико-рентгенологическим и клинико-физиологическим параллелям. Этому посвящено 4 его монографии, 4 сборника трудов руководимой им клиники.

Д. Г. Шеферу принадлежит 213 научных работ.

Сотрудниками клиники и привлекаемыми к работе клиники практическими врачами выполнено более 600 работ.

Д. Г. Шефер откликается на наиболее острые вопросы, стоящие перед невропатологией и нейрохирургией. Такие вопросы, как развитие курортологии и физиотерапии на Урале, краевая патология — борьба с нейроинфекциями — находят свое отражение в трудах коллектива, руководимого Д. Г. Шефером.

Значительное количество работ связано с проблемами нейрохирургии, особенно нейроонкологии головного и спинного мозга; они способствуют ранней диагностике и хирургическому лечению опухолей головного мозга. Лично проф. Д. Г. Шефером написаны и опубликованы следующие работы, отображающие проблему нейроонкологии: "Опухоли теменной области", "Точность диагноза опухоли мозга" (клиническим и другим методом), 1938 г., "Клинико-рентгенологические параллели в диагностике опухолей мозга", 1936 г., "Мозговая жидкость при опухолях мозга", "Опухоли центральной нервной системы", 1936 г., "Организация нейрохирургической помощи на Урале", 1950 г., и многие другие.

Работая во время Великой Отечественной войны главным нейро-

хирургом и невропатологом УралВО и выезжая на фронт, проф. Д. Г. Шефер уделял в своих исследованиях большое внимание травмам центральной и периферической нервной системы. Им разработана оригинальная классификация остеомиелита костей черепа и методика вмешательств при травмах черепа. Много внимания уделено лечению травматических абсцессов мозга.

Клиника проф. Д. Г. Шефера стала признанным межобластным нейрохирургическим центром. Много лет в клинике разрабатываются вопросы диэнцефальной патологии. В 1962 г. выпущена монография "Диэнцефальный синдром".

В последние годы коллектив, руководимый проф. Д. Г. Шефером, изучает важнейшую форму патологии — проблему сосудистых заболеваний головного мозга и лечения их антикоагулянтами и результаты исследования внедряют в практику работы противоишемных бригад, организованных при станции скорой помощи в г. Свердловске.

Ценны работы проф. Д. Г. Шефера по вопросам о сроках вмешательства при травмах периферических нервов.

Создатель своей школы исследователей-врачей, Д. Г. Шефер никогда не забывает о своем амплуа педагога-воспитателя, и многие поколения врачей-невропатологов, воспитанных им, этому наглядное доказательство.

Д. Г. Шефер — не только великолепный врач, известный ученый, блестящий педагог, но и крупный общественный деятель: член президиума Всероссийского общества невропатологов, член редколлегии ряда журналов, председатель Областного общества невропатологов и психиатров, член Ученого медсовета Министерства здравоохранения РСФСР, соредактор Большой медицинской энциклопедии.

Д. Г. Шефер — кавалер многих орденов: ордена Ленина, Отечественной войны II ст., Красной Звезды, Трудового Красного Знамени и ряда медалей.

В 1956 г. он получил почетный знак "Отличник здравоохранения". Отмечая огромный вклад Д. Г. Шефера в науку и подготовку научных кадров, президиум Верховного Совета РСФСР присвоил ему почетное звание — Заслуженный деятель науки РСФСР.

За заслуги в подготовке молодых научных кадров, за помощь в работе СНО и в связи с 70-летием со дня рождения Д. Г. Шефер на XXIII студенческой научной конференции (1969 г.) был избран почетным членом СНО, ему были вручены почетная Грамота и памятный значок.

б) Работы по нейроонкологии головного и спинного мозга, диагностика опухолей головного мозга

"Проблема опухолей головного мозга, — пишет проф. Д. Г. Шефер в монографии "Рентгеновские лучи и центральная нервная система", — на наш взгляд является в настоящее время самой сложной и интересной в невропатологии. Несмотря на ряд достижений последнего времени как в области диагностики, так и в области терапии, мы все еще имеем ряд неразрешенных вопросов. Рентгеновские лучи сыграли в этой области невропатологии немалую положительную роль. Метод энцефалографии (вдувание воздуха на различных высотах), субарахноидальное введение восходящего липоидоля, ангиография мозга — расширили наши познания в области диагностики опухолей". Обобщающий материал по опухолям головного мозга дан профессором Д. Г. Шефером в работе "Наш опыт изучения опухолей мозга и его зна-

чение для внутренней патологии" /тезисы докладов на годичной научной сессии Свердловского мединститута, посвященной 25-летию со дня основания института, 13-16 марта 1956 г.) и "Общие вопросы клиники и хирургии опухолей головного мозга" (Сборник научных работ института, вып. XXIII "Опухоли мозга" - труды клиники нервных болезней и нейрохирургии).

Д.Г.Шефер пишет: "... На Урале ростки нейрохирургии были заложены еще до революции /А.А.Абраханов, П.В.Кузнецкий, М.П.Сokolov и др./. В советский период нейрохирургическая помощь в Свердловске оказывалась ранее в виде спорадических операций в различных больницах и клиниках /В.А.Одинцов, Л.М.Ратнер, А.Т.Лидский, Г.А.Ивановский/. С 1937 г., с момента организации нейрохирургических коек, а затем и специального отделения при клинике нервных болезней начался новый этап в развитии нейрохирургии на Урале...".

В Свердловской клинике нервных болезней и нейрохирургии процент больных с опухолями головного и спинного мозга представлен в следующем виде:

Таблица

1939	1940	1946	1947	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
7,3%	10%	7%	6,6%	13,7%	16,5%	11,5%	14%	14%	19,1%	18,9%	27,3%

Клиника, руководимая проф. Шефером Д.Г., уделяла и уделяет большое внимание вопросам диагностики, различным диагностическим приемам и тестам. Много лет в клинике разрабатываются методы пневмоэнцефало- и вентрикулографии (В.Н.Приз, М.В.Малкин, С.В.Бер, Д.Л.Крупаткина), методы краниографии при опухолях мозга (С.А.Покровский, М.И.Гликин, С.В.Бер, Д.Л.Крупаткина). Много времени

и внимания уделено в клинике вопросам использования вегетативных тестов диагностики опухолей мозга. На первое место здесь следует поставить изучение значения ультрафиолетовой эритемы (УФЭ) в диагностике опухолей мозга. Этот тест по праву может быть назван тестом Свердловской нервной клиники (Д.Г.Шефер, А.А.Белугин, З.И.Легас, М.Г.Гольдельман). В дальнейшем в клинике разрабатывались вопросы комплексного использования ряда вегетативных проб (УФЭ, гидрофильная проба, потоотделение, кожная температура, ряд висцеральных расстройств) для установления синдромов вегетативного раздражения и угнетения при опухолях мозга (М.Г.Гольдельман).

В клинике разрабатывались вопросы хроноксиметрии при опухолях мозга (О.В.Гринкевич), электроэнцефалографии (Г.С.Кислицина), значения центральных мышечных атрофий при опухолях мозга (И.И.Туревский), состояния зрительного анализатора, начиная от периферического его отдела (сетчатка, зрительный нерв) и кончая замыкательной частью анализатора (глазное дно, исследование слепого пятна)/А.Н.Кондратьев, О.С.Горбашева/, методы изотопной диагностики опухолей мозга /А.Н.Ильницкая/, применения метода ангиографии мозга /Л.Н.Нестеров/, применения радона при люмбальной пункции /Е.Н.Крупин/. Много внимания клиника уделяет вопросам нейрохирургии при опухолях мозга. При интра- и экстрамедулярных опухолях смертность в первом периоде достигала 18,1%, а в последующий период при всех спинальных опухолях она достигает 5,7%.

4. Онкологическая проблематика в работе ряда кафедр Свердловского мединститута

Онкологической проблематикой занимаются и другие кафедры Свердловского мединститута (кафедра патологической анатомии /зав.доц. Н.А.Зубов/, общей терапии /зав.проф. З.В.Горбунова/, акушерства и гинекологии /зав.проф. И.И.Бенедиктов/, рентгенологии и радиологии /зав.проф. Виннер М.Г./, а также научно-исследовательские институты /охраны материнства и младенчества, директор-к.м.н. Малышева/). Сотрудниками этих кафедр и институтов защищен ряд кандидатских и докторских диссертаций на эту тему (см.приложение).

Наличие онкологической проблематики в плане научно-исследовательской работы Свердловского мединститута позволило организовать в 1962 году тематическую конференцию - "Злокачественные новообразования", с докладами на которой выступали сотрудники многих клинических кафедр мединститута. В 1963 г. выпущен 39 сборник работ мединститута "Вопросы экспериментальной и клинической радиологии", а в 1968 г. - 53-й сборник под редакцией проф. В.Ф. Колосовской - "Вопросы клиники, диагностики и лечения некоторых онкологических заболеваний".

5. Деятельность хирургического, онкологического и рентгено-радиологического научных обществ.
Разработка онкологических вопросов.

Значительная роль в научной разработке ряда вопросов, касающихся большой, актуальной проблемы злокачественных опухолей, принадлежит научным - хирургическому, онкологическому и рентгено-радиологическому обществам г.Свердловска и области.

Свердловское хирургическое общество, по данным профессора А.Т.Лидского, было создано по инициативе молодого тогда Л.М.Ратнера в 1924 году. По другим данным это общество было организовано в 1931 г. Начиная с первых лет его существования и до последнего времени, это общество, благодаря трудам его организатора и многолетнего председателя проф. Л.М.Ратнера, сыграло и играет сейчас чрезвычайно важную роль как школа для молодых и старых хирургов, направляя их научное творчество и практику по путям прогресса нашей науки. Среди проблем, освещение которых занимало и занимает особое место в работе общества, является онкологическая. Так, с организацией онкологического института, позднее онкологической клиники, в обществе заслушивалось много сообщений по различным вопросам онкологии, выполненных под руководством основателя этой клиники проф. Л.М.Ратнера и его преемника доктора мед.наук М.С.Шульмана. Основные проблемы, которые разрабатывались и продолжают здесь разрабатываться, это проблема преанкроза, законы метастазирования, причины ошибок диагностики рака, причины поздней обращаемости и др.

Результаты исканий в этих областях все годы горячо обсуждаются на заседаниях хирургического общества /А.Т.Лидский, 200/.

На протяжении ряда лет доцент Т.П.Шеломова в обществе демонстрировала больных после радикальных операций по поводу злокачественных новообразований легких с хорошими результатами. В докладе "Свет и тени в проблеме лечения рака легких" ею дан анализ вопроса диагностики рака легких и разработан план мероприятий, способствующий выявлению ранних форм заболевания.

Доцент В.М.Лумпова выступала с рядом докладов, посвященных

различным вопросам онкологии, но особенно плодотворно она работает над проблемой рака щитовидной железы. В докладе "К вопросу о расширенных операциях при раке кардии" она четко сформулировала показания к этому тяжелому виду вмешательства. Доцент Н.В.Соколов сделал сообщение "К вопросу о замещении сигмы при резекции прямой кишки с сохранением сфинктера".

Раку молочной железы был посвящен ряд сообщений:

П.В.Шабуров - "Отдаленные результаты оперативного лечения рака молочной железы с предварительным секторным сечением и без него", Е.В.Горбунова - "Клинико-анатомические сопоставления при раке молочной железы".

На заседаниях хирургического общества неоднократно со своим материалом выступали сотрудники городского и областного онкологических диспансеров, Свердловской железнодорожной больницы (Н.И.Архипенко, С.А.Гинсбург, О.Д.Трельская, В.Н.Голод, О.А.Матвеева, Ю.Э.Соркин и др.).

Ежегодно Свердловское общество хирургов проводит выездные заседания общества в межрайонных центрах области. Здесь освещались вопросы краевой патологии, ранней диагностики рака внутренних органов.

В 1954 г. в декабре месяце в г.Свердловске было организовано общество онкологов согласно решения Ученого совета Министерства здравоохранения о научных обществах и по поручению организационного комитета Всесоюзного общества онкологов. На первом организационном заседании общества, на котором присутствовало 21 человек, было выбрано правление из 5 человек в составе: председателя общества - доктора меднаук А.Н.Лебедевой,

заместителя председателя — доктора меднаук М.С.Шульмана и членов правления: канд.меднаук, главного хирурга области Л.М.Проталинской; казначей общества, гл.врача Облонкодиспансера Ф.М.Теплоуховой; ученого секретаря общества, канд.меднаук В.М.Луневой и секретаря общества Н.М.Соловьевой.

В марте месяце 1958 г. произведены перевыборы правления общества в составе: председателя общества докт.мед.наук М.С.Шульмана, членов правления: проф.А.Т.Лидского, проф.А.Н.Скобуновой, докт.меднаук М.П.Гориневой, канд.меднаук И.И.Копыловой и секретаря общества Н.М.Соловьевой.

В заседании правления общества онкологов от 8/IV-58 г. в почетные члены правления избраны: проф.Н.Н.Петров и доктор меднаук А.Н.Лебедева. С 1961 года почетным членом научного Свердловского онкологического общества является член-корреспондент АМН СССР, засл.деятель науки РСФСР проф.А.Т.Лидский, в связи с чествованием его 70-летия со дня рождения и 46-летия врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности.

В настоящее время состав членов Правления общества следующий: председатель — доктор меднаук, заслуженный врач РСФСР М.С.Шульман; зам.председателя — канд.меднаук, гл.хирург города И.И.Копылова; члены — врачи Н.И.Архипенко, О.Д.Трельская, О.А.Матвеева; секретари — Е.П.Ружкова, Т.К.Белоус.

За время существования общества онкологов в г.Свердловске тематика докладов и демонстраций была разнообразной. На заседаниях широко освещались вопросы истории развития онкологии на Урале, вопросы диагностики и лечения, отдаленные результаты лечения различных локализаций рака; было много совместных заседаний с об-

ществом хирургов, урологов, рентгенологов и радиологов, акушеров и гинекологов.

Начиная с третьего заседания онкологического общества (24 марта 1955 г.), традицией стало посвящать одно заседание общества /ежегодно в феврале-марте месяце/ памяти профессора Л.М.Ратнера. На первом таком заседании доктор меднаук А.Н.Лебедева сделала доклад "Л.М.Ратнер - основатель онкологии на Урале", а канд.меднаук С.А.Суторихина - "Л.М.Ратнер - руководитель кафедры факультетской хирургии".

Наиболее интересными докладами за период существования общества можно считать следующие:

- | | |
|------------------|--|
| 1. В.М.Азаршина | - "Магнетиальная терапия онкологических больных". |
| 2. И.Н.Грязнова | - "К вопросу о дизгормональной гиперплазии молочных желез". |
| 3. Т.А.Грасник | - "О брюшно-анальной резекции прямой кишки методом протягивания через сфинктер с сохранением слизистой". |
| 4. В.Н.Голуд | - "Хирургическое лечение злокачественных новообразований толстого кишечника". |
| 5. Л.А.Гинсбург | - "Гастроскопия в диагностике рака желудка". |
| 6. М.Н.Димова | - "К диагностике забрюшинных и брыжеечных опухолей". |
| 7. И.М.Кавтрева | - "Отдаленные результаты резекции рака желудка по данным областной клинической больницы". |
| 8. И.М.Кавтрева | - "О метастазах в шейные лимфоузлы при раках отдаленных локализаций". |
| 9. И.И.Копылова | - "Ошибки при диагностических лапаротомиях и гастротомиях". |
| 10. И.И.Копылова | - "Трудности диагностики рака сигмы". |
| 11. С.И.Крюкова | - "Создание вакуума в послеоперационной ране при мезэктоми". |

12. А. Н. Лебедева - "Об ошибках диагностики опухолей
яичников".
13. М. П. Мальчинова - "Материалы к вопросу об опухолях
околоушной железы".
14. Е. В. Миляева - "Место прескаленной биопсии в диаг-
ностике операбельности рака легких".
15. О. А. Матвеева - "Опыт лечения сарколизинном миеломной
болезни".
16. А. И. Мезенцев - "Гормонотерапия онкологических больных".
17. Л. Н. Никитина - "Опухоли почек у детей".
18. Л. Н. Ракитина - "К хирургической тактике при опухоле-
вых метастазах в легкие".
19. Ю. Э. Соркин - "Тактика хирурга при злопущих опухолях
воспалительной этиологии".
20. Ю. Э. Соркин - "Первичные опухоли сердца".
21. Ю. Э. Соркин - "Рак желудка и беременность".
22. А. В. Скобунова - "Функциональная и морфологическая пе-
рестройка лимфатической системы груд-
ной железы в условиях блокады основ-
ной отводящей магистральной".
23. В. С. Серебrennikov - "О проблеме рака органов дыхания и
загрязнения атмосферного воздуха".
24. В. Д. Тарасенко - "О изотопной радиодиагностике в
онкологии".
25. М. В. Тараскина - "Интраабдоминальный паренхимозный рак у больных со
злокачественными опухолями у лиц по-
жилого возраста".
26. О. Д. Трельская - "К вопросу о границах резекции желудка
при раке".
27. Д. С. Цыбьин-
Малагинова - "Интраорганный распространение рака
молочной железы".
28. М. С. Пульман - "Отдаленные результаты резекции рака
желудка по данным Свердловского обл-
онкодиспансера".
29. М. С. Пульман - "Онкология на Урале за 40 лет"
/ноябрь 1957 г./

30. О.С.Шелечкин - "О феохромоцитоме".

и многие другие.

Члены общества принимают самое активное участие в качестве делегатов союзных, республиканских съездов и конференций, меж-областных и межрайонных съездов, заседаний пленума правления Всесоюзного онкологического общества. В 1962 г. делегатами 8-го Международного противоракового конгресса в г.Москве были проф. А.Т.Лидский, проф. А.Н.Скобунова, докт.меднаук И.С.Шульман, докт. меднаук А.И.Мезенцев, канд.меднаук И.И.Копылова, канд.меднаук Л.М.Проталинская, врач Н.И.Архипенко, врач А.И.Ракитина, врач Н.А.Шахмевич.

Свердловское общество онкологов выдвинуло следующие доклады для выступления на конгрессе:

1. Проф. А.Н.Скобунова - "Роль сосудистого фактора в патогенезе рака желудка".
2. Канд.меднаук, ассист. кафедры оперативной хирургии СГМУ
Д.С.Павьян-Шалагинова - "О риске биопсии при раке молочной железы по данным изучения регионарных лимфоузлов".
3. Л.А.Харин - "Особенности течения рака грудной железы у мужчин в свете данных о строении и функции лимфотической системы".

Отчеты о работе Свердловского онкологического общества печатаются в журнале "Вопросы онкологии", так, в 12-8 за 1968 год был помещен отчет о работе научно-медицинского общества онкологов г.Свердловска и Свердловской области за 1967 год, где, в частности, отмечено, что на совместном торжественном заседании онкологического, урологического и хирургического обществ, посвященном 50-летию Советской власти, сделаны доклады:

1. Проф. А.Т.Лидский - "Достижения практической хирургии за 50 лет Советской власти".



*Delegates of the VIII international cancer congress Moscow 22-28 July 1962
Les délégués du congrès International de cancer Moscou 22-28 juillet 1962
Делегаты VIII Всемирного противоракового конгресса Москва 22-28 июля 1962*

Рис. 98. Делегаты VIII Международного противоракового конгресса в г. Москве (1962 г.).

Слева направо — канд. меднаук Л. А. Проталинская, проф. А. Т. Лидский, гл. врач Краснотуринского горнокодиспансера Ракитина, проф. Аминев (г. Куйбышев), доктор меднаук М. С. Шульман, проф. Финелонв (г. Пермь).

2. Доктор меднаук М.С.Шульман - "Достижения советской онкологии за послеоктябрьские 50 лет".
3. Канд.меднаук Г.Я.Векслер - "Советская урология за 50 лет после Великой Октябрьской социалистической революции".

Онкологические вопросы решаются и на заседаниях научного общества рентгенологов и радиологов. С 1963 года работает секция рентгенорадиотерапевтов, а с июля 1968 года - секция радиодиагностов (использование изотопной диагностики в онкологии). За 1967-1968 гг. было опробировано 16 основных докладов, в том числе системные заболевания опухолей мочевого пузыря, опухолей наружных половых органов, опухолей яичников, радиоизотопная диагностика опухолей слизистой рта, опухолей головного мозга, опухолей легких, опухолей пищевода, опухолей прямой кишки, опухолей околоушной железы, лучевых повреждениях^о новом в методах лучевой терапии различных локализаций.

В ноябре месяце 1968 года создана секция радиационной медицины, которая будет связана в решении ряда проблем с научно-техническим обществом (НТО). Секция будет работать по принципу постоянно действующего семинара "Актуальные вопросы радиационной медицины". Темы для конференций были утверждены на организационном совещании 20 ноября 1968 г. следующие:

1. "Лучевая терапия опухолей кожи и слизистой":
 - а) рака нижней губы,
 - б) меланом.
2. "Лучевая терапия неопухолевых заболеваний":
 - а) хирургических заболеваний,
 - б) отдаленные результаты лечения тиреотоксикоза радиоактивным иодом.
3. "Лучевая терапия опухолей женских половых органов":
 - а) сравнительная оценка лучевой и химиотерапии рака яичников

- б) сочетанная терапия рака шейки матки,
 - в) отдаленные результаты лечения рака тела матки за 30 лет,
 - г) о лучевой терапии рецидивов и метастазов рака шейки матки после сочетанного и комбинированного лечения,
 - д) сравнительная оценка лечения рака шейки матки на аппаратах ГУТ-СО-400 и РУМ-3.
- 4. Функциональное состояние эндокринных желез при опухолевых процессах и лучевых воздействиях (Барыбин, Криель, Соловьева, Тарасенко, Астафьев, Кривошеков, Кривошшин, Таширов).
 - 5. Радиоизотопная диагностика в клинической онкологии (Тарасенко, Троицкий, Кривошеков).
 - 6. Организация радиологической помощи населению (главные специалисты).
 - 7. Вопросы индивидуальной дозиметрии, диспансеризация лиц, работающих в сфере радиации.
 - 8. Лучевые реакции и повреждения при лучевой терапии рака.

ВЫВОДЫ

1. Проблема онкологии в современной медицине и биологии является одной из самых главных и сложных. Она должна изучаться комплексно в содружестве специалистов различного профиля (клиницисты, патоморфологи, биохимики, гигиенисты). В решении ее надо использовать не только экспериментальные, клинические, статистические методы исследования, но и, как можно шире, исторические методы исследования.

2. Энтузиастами борьбы со злокачественными новообразованиями на дореволюционном Урале были хирурги - А.А.Миславский, П.В.Кузнецкий, М.П.Соколов, акушеры-гинекологи В.М.Онуфриев, А.М.Новиков и другие. Они разрабатывали новые и осваивали уже известные сложные операции: А.А.Миславский в 1852 г. сделал первую на Урале (3-ю в России) операцию струмактомии, П.В.Кузнецкий в 1876 г. начинает свою знаменитую серию овариотомий, в 1879 г. первая лапаротомия в г.Екатеринбурге произведена А.А.Миславским по поводу кисты яичника. В 1880 г. П.В.Кузнецкий производит первые операции грыжесечения, М.П.Соколов в 1907 г. сделал первую резекцию желудка на Урале по поводу рака в модификации Кохера.

Уральские хирурги в 70-х годах прошлого столетия одними из первых в России стали применять антисептику и асептику, творчески подходя к применению различных антисептических веществ. П.В.Кузнецкий в 1876 г. в качестве антисептического средства первый в мире применил камфорный спирт. Благодаря этому диапазон хирургических вмешательств из года в год увеличивался, особенно при онкологических заболеваниях. Этому же способствовали и применяемые методы обезболивания, следуя за достижениями науки в этой

области, уральские хирурги применяли сначала хлороформ, затем этиловый эфир, а в начале XX века местное обезболивание. Уральские хирурги применяли и методы лучевой терапии при раке. Так, акушер-гинеколог А.М.Новиков в 1912 г. впервые на Урале применил радий при раке матки, а в 1913 г. — рентгенотерапию.

Однако, борьба с онкозаболеваниями ограничивалась лишь инициативой и энтузиазмом врачей.

3. Начало государственной организованной борьбе со злокачественными новообразованиями на Урале было положено в 20-х годах. В 1927 г. этот вопрос обсуждался на съезде хирургов Урала. В этом же году было открыто отделение для лечения раковых больных на 12 коек. Проблеме рака начинает уделять внимание Уральское медицинское общество, появляются научные исследования. В 1930 г., с открытия онкологической клиники при Уральском физио-терапевтическом институте на 20 коек, под руководством проф. Л.М.Ратнера изучались прекарциноматозы, диагностические ошибки, закономерности метастазирования, причины поздней обращаемости, изучались общие реакции у раковых больных, новая методика рентгенодиагностики, изучалась оперативная техника.

Ведущая роль в организации борьбы с раком на Урале принадлежала проф. Л.М.Ратнеру.

4. В послевоенный период, начиная с 1948 г., в соответствии с постановлением Правительства и новыми достижениями науки и техники быстро развивается сеть онкологических учреждений. Они оснащаются новейшим оборудованием, увеличивается число врачей-онкологов. В настоящее время онкологические операции основных локализаций производятся почти во всех городских и районных больницах Свердловской области. В 1966 г. в области насчитывалось

5 онкологических диспансеров на 775 коек, 61 онкологический кабинет, 101 смотровой кабинет и 126 врачей-онкологов. В онкологических учреждениях насчитывается 26 аппаратов для глубокой рентгенотерапии, 12 — для близкофокусной рентгенотерапии, аппаратов ГУТ-СО-400 — 4, аппарат "Луч-1", "Рокс-1".

Новые условия работы, большая организаторская работа диспансеров привели к тому, что по показателям работы онкологическая служба Свердловской области стала одной из лучших в стране. Наиболее перспективными онкоучреждениями являются — Свердловский городской онкологический диспансер, на базе которого работает первая многопрофильная лаборатория радионуклидных методов исследования, Н-Тагильский городской онкологический диспансер с хорошо оборудованным радиологическим блоком, Краснотурьинский городской онкологический диспансер, получивший звание учреждения коммунистического труда.

Передовые, организационные методы работы видны, например, из анализа деятельности Краснотурьинского горонкодиспансера. Если проследить по годам основной показатель — процент больных IV клинической группы, — то можно сказать, что этот показатель накопится в прямой зависимости от проводимых в городе профилактических мероприятий и качества учета онкологических больных. На снижение процента IV клинической группы влияло — проведение профилактических онкологических осмотров в поликлиниках, женских консультациях, открытие смотровых кабинетов, усиление лекционной пропаганды по онкологическим вопросам, проведение семинаров с медицинскими работниками, проведение противоракового декадника, а затем противоракового месячника. Показатели деятельности онкологических учреждений свидетельствуют о значительных успехах в

их работе. В 1966 г. профилактическими осмотрами охвачено было I млн. 100 тыс. человек, из числа взятых на учет больных с впервые установленным диагнозом всё больший процент относится за счет выявления на профилактических осмотрах. Возрастает III клиническая группа больных — клинически здоровых: в 1947 г. — 20%, в 1967 г. — 86,8%; жили более 3-х лет — в 1950 г. — 43,8% больных, в 1966 г. — 68%.

За прошедшие 20 лет (1947-1967 гг.) изменилась структура онкологической заболеваемости в Свердловской области. Если в 1947 и 1957 гг. первое место занимал рак матки (43,6% и 35,4%), второе место — рак полости рта и нижней губы (16,2% и 16,7%), третье место — рак желудка (11,4% и 14,8%), то в 1967 г. рак желудка вышел на первое место (30,7%), второе место занял рак легкого (17,4%) и третье — рак матки (14,0%).

Изменение структуры связано с успехами в диагностике и профилактике ^{рака} матки, с улучшением диагностики рака легкого и др. Заболеваемость раком в 1968 г. в сравнении с 1958 г. возросла на 55,9%, а смертность — на 44%. Однако этот рост следует рассматривать, главным образом, как результат улучшения диагностики. В последние восемь лет показатели заболеваемости колеблются в небольших пределах — от 130,3 до 141,4 на 100 тыс. населения, однако уровень заболеваемости очень высок. Показатели смертности за этот же период были в пределах от 79 до 99,4 на 100 тыс. населения. В последние три года тенденция к увеличению смертности не отмечается и колеблется в пределах от 99,7 до 95 на 100 тыс. населения.

5. Научные онкологические проблемы разрабатываются рядом кафедр Свердловского государственного медицинского института,

особенно большой вклад внесли в этот вопрос — клиники проф. А.Т.Лидского, Д.Г.Шефера. А.Т.Лидский и его ученики-профессора В.И.Колосовская и М.И.Сахаров в различных аспектах разрабатывали проблемы рака желудка, легких, щитовидной железы и т.д. Наиболее интересными работами являются те, где рассматриваются вопросы ангиографии, автордиографии, изучение границ резекции желудка при раке.

Д.Г.Шефер — один из создателей нейроонкологии на Урале. Им и его учениками изучена проблема опухолей головного и спинного мозга^В различных аспектах.

Продолжателями дела проф.Л.М.Ратнера являются его ученики: доктор меднаук, заслуженный врач РСФСР М.С.Шульман, доктор меднаук М.П.Горюнова, доктор меднаук И.И.Мезенцев, канд.меднаук, гл.хирург г.Свердловска И.И.Копылова, врачи Н.А.Архипенко, О.А.Матвеева и другие. Они разрабатывают онкологические вопросы как в научном, так и в практическом аспекте.

Школой для врачей и научных работников в области онкологии являются научные общества — хирургическое, онкологическое, рентгено-радиологическое, на которых разбираются различные вопросы как практического, так и организационного характера.

6. Для улучшения показателей работы в области онкологии на Среднем Урале в практическом и научном плане необходимо восстановить в гор.Свердловске — центре Урала — онкологическую клинику межобластного значения; создать при Свердловском государственном медицинском институте самостоятельную кафедру или доцентуру по онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. АБДАРАСУЛОВ Д.М. Из истории развития экспериментальной онкологии в Узбекистане. В кн.: Актуальные вопросы онкологии, т. IV, 1962. Ташкент, с. 265-272.
2. АЕДИНОВ С.И. Роль хирурга в улучшении онкологической помощи населению. Материалы VIII научно-практической конференции хирургов Ростовской области. Ростов-на-Дону, 1961 г. с. 24-29.
3. АЛЕКСЕЕВ П.П. О методе изложения истории хирургии. Клиническая медицина, т. 32, в. II, 1954, с. 81-89.
4. АЛЕКСЕЕВ В.П. Онкологическая служба в системе советского здравоохранения. Материалы IV Луганской областной научно-практической конференции по вопросам онкологии. Луганск, 1964, с. 5-7.
5. АЛЕКСАНДРОВ Н.Н., ПУСТЕР Л.А. Успехи и задачи противораковой борьбы в Белорусской ССР. Вопросы онкологии, №-3, 1968, с. 100-104.
6. АЛЫШУЛЕР Н.Е. Анализ заболеваемости и смертности от рака в РСФСР по материалам онкологической сети. В кн.: Тезисы научной сессии ЦОИ им. Перцева. 23-25/1-1950 г.
7. АМИНОВ Ю.Ф. Краткий обзор работы Пермской онкологической станции. В кн.: Юбилейный сборник научных работ, посвященный 100-летию Пермской клинической больницы. Пермь, 1934, с. 161-165.
8. АНТЕЛАВА Н.В., ГУРЕВИЧ Г.М., КОВАЛЕВ М.М. К истории развития хирургии в России и СССР (по материалам Российских и Всесоюзных съездов хирургов). Тбилиси, 1967.
9. АННИКОГОВ С.Н. Состояние онкологической помощи в СССР. Советское здравоохранение, №-3, 1948, с. 21-25.
10. АНАНЬЕВ П.А. Здравоохранение и медицина в России XVIII века в период дворянской империи. Труды Кузнецовского государственного медицинского института, об. VIII, 1939 г., с. 165.

ЛИТЕРАТУРА

1. АБДАРАСУЛОВ Д.М. Из истории развития экспериментальной онкологии в Узбекистане. В кн.: Актуальные вопросы онкологии, т. IV, 1962. Ташкент, с. 265-272.
2. АЕДИНОВ С.И. Роль хирурга в улучшении онкологической помощи населению. Материалы VIII научно-практической конференции хирургов Ростовской области. Ростов-на-Дону, 1961 г. с. 24-29.
3. АЛЕКСЕЕВ П.П. О методе изложения истории хирургии. Клиническая медицина, т. 32, № 11, 1954, с. 81-89.
4. АЛЕКСЕЕВ В.П. Онкологическая служба в системе советского здравоохранения. Материалы IV Луганской областной научно-практической конференции по вопросам онкологии. Луганск, 1964, с. 5-7.
5. АЛЕКСАНДРОВ Н.Н., ШУСТЕР Л.А. Успехи и задачи противораковой борьбы в Белорусской ССР. Вопросы онкологии, № 3, 1968, с. 100-104.
6. АЛЫШУЛЕР Н.Е. Анализ заболеваемости и смертности от рака в РСФСР по материалам онкологической сети. В кн.: Тезисы научной сессии ЦОИ им. Перцева, 23-25/I-1950 г.
7. АМИНОВ Ф.Ф. Краткий обзор работы Пермской онкологической станции. В кн.: Юбилейный сборник научных работ, посвященный 100-летию Пермской клинической больницы. Пермь, 1934, с. 161-165.
8. АНТЕЛОВА Н.В., ГУРЕВИЧ Г.М., КОВАЛЕВ М.М. К истории развития хирургии в России и СССР (по материалам Российских и Всесоюзных съездов хирургов). Тбилиси, 1967.
9. АНФИЛОГОВ С.Н. Состояние онкологической помощи в СССР. Советское здравоохранение, № 3, 1948, с. 21-25.
10. АНАНИЕВ П.А. Здравоохранение и медицина в России XVIII века в период дворянской империи. Труды Куликовского государственного медицинского института, сб. VIII, 1939 г., с. 165.

11. АРДАШНИКОВ С.Н. Новое в организации противораковой борьбы в СССР. Новости медицины. Злокачественные опухоли. Изд. АМН СССР, 1947.
12. БАЖЕНОВА А.П.,
ГОРОДИЛОВА В.В. Злокачественные опухоли, 1965.
13. БАЗИКЯН К.Л. Материалы к изучению организации онкологической помощи, заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в Армении. Институт онкологии АМН СССР, 1962 (автореферат канд. диссертации).
14. БАЛИЦКИЙ В.Н. Некоторые вопросы организации онкологической помощи на Октябрьской железной дороге. Труды 2-й юбилейной онкологической конференции врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской железной дороги. Ростов-на-Дону, 1958.
15. БАРСУКОВ М.И. Состояние и перспективы изучения истории советского здравоохранения. Советское здравоохранение, №3, 1951, с. 14-19.
16. БАТАШЕВ С.А. К истории медицины на Урале. Хирургия, №1, 1957.
17. БАТЫРЕВ Н.А. Путь развития онкологической помощи за 1/4 века по материалам Еланской районной больницы. Сб. трудов врачей Балашовской области, Балашов, 1957.
18. БЕЛЯЕВ В. Общественная противораковая борьба в СССР. Здравоохранение Средне-Волжского края, №1-2, 1931, с. 36-40.
19. БЕНЕДИКТОВ А.Н. Краткий очерк о хирургической деятельности Н-Тагильской земской больницы за 1911 год. Хирургия, 1912, 32, 147-158.
20. БЕНЕДИКТОВ А.Н. Краткий отчет о хирургической деятельности Н-Тагильской земской больницы за 1912 г. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии, 1913, 5-6, 36-45.
21. БЕНЕДИКТОВА А.П. Статистика смертности от злокачественных новообразований в г. Свердловске 1933-1936 гг. Проблемы онкологии, 1939. Свердловск.

22. БЕНЕДИКТОВА А.П. Причины поздней обращаемости больных раком матки по материалам онкологической клиники СОИИ. В кн.: Проблемы клинической онкологии. 1936. Челябинск, с. 156-160.
23. БЕНЕДИКТОВА А.П. Хирургическое лечение рака желудка в историческом аспекте. Проблемы онкологии, сб. 10, 1948.
24. БЕНЕДИКТОВА А.П. Лечение рака грудной железы в историческом аспекте. Вопросы онкологии. Сб. рефератов работ института, №-8, вып. 3, 1944. Свердловск.
25. БЕНЕДИКТОВА А.П. Лечение рака матки в историческом аспекте. Вопросы онкологии. Сб. рефератов работ института, №-8, вып. 3, 1944, Свердловск.
26. БЕРЮЛЫ В.М. Взгляды В.В. Подвысоцкого на происхождение опухолей /История отечественной онкологии/. Тр. Акад. мед. наук СССР, т. XXI. Вопросы онкологии, вып. 9, 1952, с. 247-262.
27. БЕРЕЗИН И. Отчет хирургического отделения Курганской окружной больницы Уральской области за 7 лет. Новая хирургия, 1931, 12, 5, 483-492.
28. БЕРЕЗИН Н.Ф. Рак губы среди крестьянского населения Урала. Новый хирургический архив, 34, 1935.
29. БИРЖОВ Д.А. Страницы истории института экспериментальной медицины Академии мед. наук СССР. Вестник Академии медицинских наук СССР, 1961, II, с. 3-12.
30. БЛАКРЕЛЫ И. Очерк хирургической деятельности Верхне-Уфалейской больницы Екатеринбургского уезда за 1909 год. Врачебно-санитарная хроника Пермской губ. 1910, 2, 27-36.
31. БЛОХИН Н.Н. Онкология. Большая медицинская энциклопедия. т. 21, 1961, с. 888-894.
32. БЛОХИН Н.Н. Проблемы злокачественных новообразований (доклад на XX сессии общего собрания Акад. мед. наук СССР. Июнь-июль 1964. Вестник Акад. мед. наук СССР, №-9, 1964, с. 51-58.

33. БЛОХИН Н.Н., РАКОВ А.И. Онкология. В кн. 50 лет советского здравоохранения. 1967. с. 540-550.
34. БЛОХИН Н.Н. 50 лет советской онкологии. Хирургия № 10, 1967, с. 3-9
35. БЛОХИН Н.Н. Вступительное слово. В кн. Современное учение о раке. 1967, с. 5
36. БОГОМОЛЕЦ А.А. Диалектика онкологии. Новый хирургический архив. кн. 2-я т. 24, 1931, с. 147.
37. БОГОРАД И.В. Научная, врачебная, педагогическая и общественная деятельность проф. Мартынова А.В. 1968 (автореферат кандидатской диссертации).
38. БОГОЯВЛЕНСКИЙ Н.А. К истории происхождения и развития взглядов у русского народа на опухолевые болезни по материалам древнерусской письменности XI-XIII вв. Вопросы онкологии, т. I, № 4 1955, с. 106-111.
39. БРАЙЦЕВ В.Р. 75 лет хирургического общества в Москве. Хирургия № 2, 1950г. с. 5-19
40. БРЕЙДО И.С. К истории антисептики и асептики в России (кандидатская диссертация), 1949, Ленинградский мед. институт.
41. БРЕЙДО И.С. К истории антисептики и асептики в России, 1959г.
42. БРОНШТЕЙН Б.Л. Очерки развития отечественной хирургии рака толстой кишки. Тр. Благовещенского мединститута т. I, 1955, с. 21-27.
43. БРЖЕВСКИЙ В.Ч. Научная деятельность советских практических врачей в области хирургии /3 т./ кандидатская диссертация/.
44. БРЖЕВСКИЙ В.Ч. К истории народной хирургии. Вестник хирургии им. И.И. Грекова т. 84, № 3, 1960, с. 132-134.

45. БРЯНОВСКИЙ В.Ч. Александр Алексеевич Абрамов. Клиническая хирургия № 12, 1966.
46. БРУСКИН Л.М. Онкология. Большая советская энциклопедия, т.43, 1939, с.151-152.
47. БРУСКИН Л.М. 21 год советской онкологии. В кн. Вопросы онкологии, 1940, с.14-30.
48. БРИЗГАЛОВА З.
ТРОФИМОВА В. Злокачественные опухоли по материалам прозекутуры Свердловской областной клинической больницы № 1. XIII студенческая научная конференция 21-23/12-1969 с.22-23. Свердловск, 1969.
49. БУКИН Ю.В. К истории учреждения премии заслуженного профессора академика И.Ф. Буна. Вестник хирургии им.И.И.Грекова, № 1 1955, с.69-75.
50. ВАРШАВСКИЙ Б.М.
МАЦ Д.И. Вопросы организации онкологической помощи, Киев, 1948 с.142
51. ВАСИЛЬЕВ И.А. О значении исторических исследований в медицине и хирургии. Варшавские университетские известия. 1898, 6.
52. ВАХТЕРЕЦ А.Д.,
КРОПЧАНКОВ Н.Ф.,
ДЕМИН Н.И. Материалы к изучению злокачественных опухолей в России (о работах Хорстизана, 1796) Вопросы онкологии, т.ХI, № 1, 1965.
53. ВЕЛИЧКИН В.И. Сдвиги здравоохранения на Урале за I-ю пятилетку. Сб.1, 1933, с.11-21, Свердловск.
54. ВЕЛИЧКИН В.И. Санитарная статистика на Урале. /Библиографический указатель литературы по медицинской и санитарной статистике на Урале с 1867 по 1947 гг/. Свердловск, 1948 (рукопись).
55. ВЕЛИЧКИН В.И. Состояние здоровья населения г.Свердловска по материалам обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения г.Свердловска в 1937г. /докторская диссертация/, 1949.
56. ВЕЛИЧКИН В.И. Материалы о распространенности эпидемического зоба на Урале. Гигиена и санитария № 10, 1943.
57. ВЕРЕЩИНСКИЙ А. Опухоли. Большая медицинская энциклопедия, т.27, 1932, с.445-488.

58. ВЕРЕЩИНСКИЙ А. Онкология. Малая медицинская энциклопедия, т.22, 1932, с.342-350.
59. ВИДУТА В.К. Страницы из истории здравоохранения в Зауралье /на территории современной Тюменской и Курганской областей в конце XIX начале XX в. В кн. Сборник научных работ научного медицинского общества Курганской области, вып.2, 1958, с.5-19.
60. ВИДУТА В.К. Краткий очерк к истории медицины и здравоохранения в дореволюционном Кургане и округе /уезде/ 1818-1917. В кн. "Ученые записки Курганского педагогического института", вып.4, 1962, с.283-303.
61. ВИДУТА В.К. Материалы по истории медицины и здравоохранения в Кургане /к 300-летию города/. Советское здравоохранение № 2, 1964, с.58-63.
62. ВОЛКОВ П.Г. Александр Васильевич Мельников /1889-1958 гг/ Вопросы онкологии № 2, 1959, с.246-248.
63. ВОЛЬФОН И.Я. Очерк здравоохранения в России в пореформенную эпоху, 1935, с.124-125.
64. Второй областной научный съезд врачей Урала, Свердловск, 1930 г.
65. ГАГЕН-ТОРН Н.Э. К вопросу о статистике рака и призрании раковых больных. Русский врач, 1908, 7,50, с.1681-1685.
66. ГАЛКИН Н.М. Перспективы развития здравоохранения Свердловской области за 1959-1965 гг. Здравоохранения Российской Федерации, № 1, 1959 г, с. 11-14.
67. ГАЛКИНА М.Я. И.С.Белостоцкий - организатор здравоохранения на Урале в первые годы советской власти. Здравоохранения Российской Федерации, № 9, 1957, с.32-37.
68. ГАЛКИНА М.Я. К истории развития фабрично-заводской медицины на Урале. Сб. научных трудов, вып. XXIX, 1959, Пермь.
69. ГВАМИЧАВА А.Р., МИХВЕТАДЗЕ В.Л. История научно-исследовательского института онкологии Минздрава Грузинской ССР. Тр. научно-исследовательского института онкологии Министерства здравоохранения Грузинской ССР, т.1, 1961, с.9-32.

70. ГЕЗЕР Г. Исторический обзор хирургии. Пер. с нем. Спб., 1880, 62с.
71. ГЕКТИН Ф.Л. К методике лечения рака п/губы. Новый хирургический архив, 46, 1, 1940.
72. ГЕРЦЕН П.А. Несколько слов об организации борьбы против раковых заболеваний. Тр. совещания по борьбе с раковыми заболеваниями при НКЗ, М., 1926, с. 57-62.
73. ГЕРЦЕН П.А. Раковый институт. Вестник современной медицины № 22, 1929, с. 1224-1225.
74. ГИММельфарб Г.И. К истории овариотомии с 1809 по 1970 гг. Терапевтическое обозрение, № 1, 1910.
75. ГИНЗБУРГ И.С. Успехи советской онкологии за 20 лет. В кн. Сб. научных работ по онкологии и пограничных областей, вып. 3, 1939, Баку, с. 5-11.
76. ГИНЗБУРГ И.С. Онкологическая помощь в Азербайджанской ССР за 30 лет. Сб. научных работ Азербайджанского научно-исследовательского института рентгенологии, радиологии и онкологии. Баку, 1951, с. 9-27.
77. ГОВОРОВ А.В. Материалы к статистике раковых заболеваний в России, 1914, Диссертация, Спб.
78. ГОЛОВИН Д.Н.,
ШЕХОВЦЕВ Т.С. Рак в Молдавии. Тезисы докладов I-й Межреспубликанской онкологической конференции. Кишинев, 1956, с. 11-12.
79. ГРАЩЕНКОВ И.И. Здравоохранение в СССР и борьба против рака. Советская медицина, 1, 1939, с. 3-9.
80. ГРИЦКЕВИЧ В.П. Материалы к истории онкологии в Белоруссии в КУБ в. Вопросы онкологии, т. У, № 2, 1959.
81. ГРИЦКЕВИЧ В.П. Первые отечественные онкологические издания /к 225-летию первой отечественной диссертации о раке/. Вопросы онкологии, № 6, 1966, с. 104-109.
82. ГРОЗДОВ Г.И. Онкологическая помощь населению Тамбовской области в прошлом и настоящем. Сб. трудов врачей Тамбовской области, т. I, 1955, с. 111-123.

83. ГУДОШНИКОВ Ф.Ф.
НОВОСЕЛОВ Р.С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале. Советское здравоохранение, № 1, 1968, с.66-69.
84. ГУЗИКОВ П.А. О некоторых научно-организационных вопросах противораковой борьбы в Пермском районе. Юбилейный сб. научных работ, посвященный 100-летию Пермской 1-й клинической больницы, 1934.
85. ГУЗИКОВ П.А. Противораковая борьба в Перми. "Звезда", 16/1-1936.
86. ГУРЕВИЧ Г.Е. История дореволюционного здравоохранения на Урале, Свердловск, 1943 /кандидатская диссертация/.
87. ДАВЫДОВСКИЙ И. "Древо" медицины". "Наука и жизнь" № 1, 1967.
88. ДЕМИН В.Н. Материалы к истории развития хирургического лечения рака сигмавидной и проксимального отдела прямой кишки. Вопросы онкологии, т. IV, № 2, 1958.
89. ДЕМИЧ В.Ф. Очерки русской народной медицины. Хирургия у русского народа. Вестник общей гигиены, судебной и практической медицины, 1911, 11, ноябрь 1063-1067 и 12, декабрь, 1739-1794.
90. ДЕМЧЕНКО А.П. Материалы к статистике злокачественных опухолей в г. Омске, 1967 (автореферат канд. диссертации).
91. ДЕРЮЖИНСКИЙ С.Ф. Итоги 17-летней борьбы с раковыми поражениями желудка. Хирургия. 1914, кн. 35, с. 714-718.
92. Десять лет деятельности Ленинградского онкологического института 1926-1936. Итоги клинико-лечебной, научно-исследовательской и организационной работы. 1938, с. 465.
93. Десять лет журналу. Вопросы онкологии, т. XI, № 1, 1965.
94. ДЖУМАЕВ В.К. Хирургия Абу Али Сины и её исторические истоки. Ташкент, 1965.
95. ДИРЕС А.И. Материалы по истории хирургии в Литве. /кандидатская диссертация/. Вильнюсский университет, 1958.

96. ДМИТРИЕВ А. Материалы для биографий памятных деятелей из Пермских уроженцев. Труды Пермской ученой архивной комиссии, вып. V, 1902, с. 28-75.
97. ДМИТРИЕВ А. Биографический указатель памятных деятелей Пермского края, вып. I, Пермь, 1902, с. 47.
98. ДОВИНЕР Н. В. Рудановский П. В. — пионер офтальмохирургии на Урале. Вестник офтальмологии, М., 1955.
99. Доктор МИСЛАВСКИЙ А. А. (некролог). Пермская земская неделя, № 50, 1914, с. 25-27.
100. ДРОБКОВ Л. З. К истории струмактомии в России. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, № 6, 1960, с. 119.
101. ДЬЯЧКОВА Н. М. Состояние онкологической помощи в Челябинской области. Тр. онкологической конференции, г. Челябинск, 1960, с. 3-11.
102. ЕГОРОВ Н. М. История врачебной помощи горнорабочим. "Уральский техник", № 12, 1911, №№ 1, 2, 3, 1912.
103. ЕГОРОВ Д. И. Введение антисептики в Пермской губернской больнице (Из истории земской медицины). Труды Пермского мединститута, вып. 26, 1957.
104. Екатеринбург за 200 лет (1723-1923). Изд. Екатеринбургского Горсовета, 1923.
105. ЕРЕМИН Г. Ф.
СОКОЛОВ Д. К. Белостоцкий И. С. — один из организаторов советской медицины на Урале. Советская медицина, № 7, 1968.
106. ЕРЕМИЧ А. В. К вопросу об организации изучения рака и борьбы с ним в России. Врачебная газета, т. 21, № 11, 1914, с. 431.
107. ЗАБЛУДОВСКИЙ А. М. О призерении больных, страдающих злокачественными новообразованиями. Труды совещания по борьбе с раковыми заболеваниями при НКЗ, 1926, с. 87-91.
108. ЗАБЛУДОВСКИЙ А. М. Хирургия в 70 и 80-е годы. В кн. Руководство по практической хирургии под ред. Гирголава С., Мартынова А. В., Федорова С. П., т. I, 1936, с. 17-32.
109. ЗАБЛУДОВСКИЙ А. М. История хирургии от начала 80-х годов до Октябрьской революции, Там же, с. 32-47.

- II0. ЗАБЛУДОВСКИЙ А.М. Советская хирургия после Октябрьского периода. Там же, с.48-61.
- III. ЗАБЛУДОВСКИЙ А.М. Мировая война в истории хирургии. Новый хирургический архив, 1937, 39, 2, с.171-200.
- II2. ЗАБЛУДОВСКИЙ А.М. Русская хирургия первой половины XIX века. Новый хирургический архив, 1937, 39, I, с.3-25.
- II3. ЗАБЛУДОВСКИЙ А.М. Достижения советской хирургии за 20 лет. Вестник хирургии, 1937, 54, I4I, II, с.4-20.
- II4. ЗАБЛУДОВСКИЙ А.М. Из истории русских хирургических съездов. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, кн.4-я, 1941, с.516.
- II5. ЗАБЛУДОВСКИЙ П.Е. История медицины, 1960.
- II6. ЗАРХИ Г.И. Первые шаги научной медицины на Урале. Уральский медицинский журнал, 1930, 7-8, 37-47, с.41, 45.
- II7. ЗВЕНИЦКИЙ Н.С. К проблеме борьбы со злокачественными опухолями. Московский медицинский журнал, 1925, 5, с.46-57.
- II8. ЗЕЛЬМАНОВИЧ А.Я. Всероссийские и Всесоюзные съезды терапевтов и их роль в развитии отечественной онкологии. Терапевтический архив, т.28, вып. VIII, 1956, с.75-78.
- II9. ЗЕЛЬМАНОВИЧ А.Я. Вопросы онкологии на Пироговских съездах. Тезисы докладов 33-й научной сессии Астраханского мед.института, 1956.
- I20. ЗЕМЛИНОВ В.И. Медицинский отчет по Пермской губернской земской Александровской больнице за 1885г вместе с кратким историческим очерком 15-летия больницы /1870-1885/, Пермь, 1886.
- I2I. ЗИНОВЬЕВ И.А. Онкология. В кн. История медицины СССР, 1964, с.360-376.
- I22. ЗНАМЕНСКИЙ С.М. К вопросу о распространении рака в районе Соликамска. Проблемы клинической онкологии. Сб. III, Челябинск, 1936.
- I23. ЗНАЧКОВСКИЙ Н.Г. Краткий очерк истории основания и развития Киевского рентгено-радиологического и онкологического института, Киев, 1959, с.126.

124. ЗЫКОВ В.М. Исторические заметки о возникновении и развитии института им.Морозовых для лечения страдающих опухолями при Московском университете. Труды института им.Морозовых для лечения страдающих опухолями, 1913, вып.1, с.388.
125. ЗЮЗИНА А.И. Анализ заболеваемости раком среди работников магистрали. Сб.трудов врачей Южно-Уральской железной дороги, 1965.
126. ИВАНОВ Б.А. Онкология. Библиография русской литературы за 1890-1937 гг. Серия А. Центральный медицинский журнал, т.22, в.1-4, 1939, т.26, в.1-4, 1940г.
127. ИГНАТОВ А.Н. Состояние онкологической помощи в г.Омске. Научные труды Омского медицинского института, № 66, 1965, с.5-9.
128. ИКРАМОВ З.Х. К вопросу об изучении истории русской хирургии. Хирургия, № 6, 1952, с.59-61.
129. ИЩЕНКО Н.И. История хирургических школ госпитальной хирургической клиники Томского мединститута. Томский институт, 1956 (кандидатская диссертация).
130. КАВЕЦКИЙ Р.Е. БАЛИЦКИЙ К.П. У истоков отечественной медицины, 1954.
131. КАВЕЦКИЙ Р.Е. РУЧКОВСКИЙ Б.С. Пути развития экспериментальной онкологии в Украинской ССР. Новый хирургический архив, № 5, 1957, с.35-41.
132. КАЗАНСКИЙ В.И. Пути советской онкологии. Советское здравоохранение, № 3, 1947, с.49-54.
133. КАЛУГИН В.И. КАЛУГИН В.В. Новинский М.А. - основоположник экспериментальной онкологии. Ветеринария, № 12, 1961, с.67-68.
134. КАНДЕЛЬ Э.И. К истории учения об опухолях головного мозга. Вопросы нейрохирургии, № 3, 1954г. с.60.
135. КАПЕП В. Развитие врачебно-медицинского дела в Прибалтийском крае в XIX в г.Рига, 1966.
136. КАРНАУХОВ М.Н. Обзор деятельности Уральского научно-медицинского общества за время с 3-У-1927 г. по 28/XI-1928 г. Уральский медицинский журнал № 2, 1928.

137. КАРНАУХОВ М.Н. Уральская научная ассоциация и реконструктивный период. Уральский медицинский журнал № 4, 1930.
138. КАУФМАН В.Д. Организационные принципы противораковой борьбы в СССР. Вопросы онкологии, № II, 1967.
139. КАУФМАН В.Д. К десятилетию постановления правительства об улучшении онкологической помощи. Вопросы онкологии, I, 1955, 6, 3-6.
140. КАЧАЕВ В.Ф. Об онкологической подготовке врачей в русских медицинских школах XVIII в. Сб. трудов Курского государственного медицинского института, вып. XII, 1957г.
141. КАЧАЕВ В.Ф. К истории развития учения о раке в русской медицинской науке XVIII в. Автореферат докладов 3-й годичной научной сессии Алтайского медицинского института. г.Барнаул, 1959, с.34-36.
142. КИБАРДИН П.П. Отчет о хирургической деятельности Екатеринбургской железнодорожной больницы за 8 лет (1901-1908). Записки Уральского медицинского общества, 16-21 год, Екатеринбург, 1911, с.109-124.
143. КИШЛАДЗЕ Н.А. Об участии терапевтов в онкологической помощи. Терапевтический архив, т.20, вып. VI, 1948, с.14-18.
144. КЛЯЧУНЕНС В. Литовская онкологическая литература (1812-1965) г.Вильнюс, 1966.
145. КОГАН И.С. Очерк развития советской хирургии за 30 лет. Врачебное дело, 1947, 10, с.865-880.
146. КОЗЛОВА Е.В. Заболеваемость и смертность от рака населения РСФСР и краевые особенности его распространения. Итоги XIV сессии ГОИ им.П.А. Герцена.
147. КОЗЛОВА Е.В. Опыт изучения организации онкологической помощи населению в г.Москве, Ленинграде, Иваново и Калинин. Центральный институт усовершенствования врачей, г.Москва, 1956 (кандидатская диссертация).

- I48. КОЗЛОВА Е.В. Материалы о заболеваемости злокачественными опухолями населения Российской Федерации. Труды УШ Международного противоракового конгресса, М, 1963, I, с.86-90.
- I49. КОЛЕСОВ В. Страницы из истории отечественной хирургии, 1953.
- I50. КОЛОСОВ А.Т. Заслуженная благодарность (о А.А.Миславском). Енатирибургская неделя, № 13, 1884, с.241.
- I51. КОРНЕЕВ В.М. Очерки истории русской медицины конца ХУШ столетия. Ленинградский мединститут. 1952, докторская диссертация.
- I52. КОРНЕЕВ В.М. Первая Всесоюзная научная историко-медицинская конференция и вопросы истории хирургии. Вестник хирургии им. И.И.Грекова, № 6, 1959.
- I53. КОРНЕЕВ В.М.
МИХАЙЛОВ Л.В. Из истории отечественной онкологии. Советское здравоохранение, № 6, 1963, с.55-61.
- I54. КОФТУНОВИЧ Г.П. Об организации онкопомощи в БАССР. В кн. Башкирский республиканский съезд врачей. Уфа, 1938, с.69.
- I55. КРАКОВСКИЙ Н.И. К 50-летию советской хирургии. Советская медицина, № 3, 1967.
- I56. КРОШЧАНИНОВ Н.Ф.
ПОПОВ Ф.В. Материалы к истории изучения рака желудка в России. Вопросы онкологии, т. XII, № 2, 1966.
- I57. КРУГЛОВ Э.М. Из истории борьбы со злокачественными новообразованиями в зап. областях УССР. Сб. научных трудов Львовского мединститута, 1961, с.197-203.
- I58. КУДИМОВА Е.Г. Организация онкологической помощи в СССР. 1963 (кандидатская диссертация).
- I59. КУЗНЕЦКИЙ Д.П. Краткий отчет оперативной деятельности Нижне-Тагильской земской больницы с I/ХП-1899 по I/ІУ-1903 гг. Хирургия, 1904, 8, 104-113.
- I60. КУЗНЕЦКИЙ П.В. /некролог/ Врачебная санитарная хроника Пермской губернии, 1912, 4-5, 92-94.
- I61. КУЗНЕЦКИЙ П.В. Пермская земская неделя, № 31; 1912, с.12-13.

162. КУЗНЕЦКИЙ П.В. Выдвигной госпиталь Н-Тагильского Верхотурского санитарного отряда. Протокол общества врачей Пермской губернии, № 1, 1878, с.28.
163. КУЗЯКИН В.П. К истории организации медицинского обслуживания рабочих В-Исетского металлургического завода. Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири. г.Томск, 1960.
164. КУНИЦА Л.К. Развитие цитологической диагностики рака легких в трудах отечественных ученых. Врачебное дело № 9, 1954, с.847-848.
165. КУРБАТОВА Ю.А. Развитие противораковой борьбы в Узбекистане. Вопросы онкологии, № 1, 1937, с.179-180.
166. КУРДОВ И.К. Состояние медицинской организации в Екатеринбургe в 1920. Уральское медицинское обозрение, № 1, 1922, с.73-89.
167. КУРДОВ И.К.
НОВИКОВ А.М. Краткий отчет о деятельности Уральского научно-медицинского общества. Уральское медицинское обозрение, № 1, 1922.
168. КУРДОВ И.К. Состояние дела здравоохранения в Уральской области. Отчеты Свердловского Облздрава за 1925-1930 гг.
169. КУРЫГИН А.Л. О развитии онкологии в СССР. В кн.Тезисы У научной студенческой конференции. Рязанский мединститут, 1953, с.10-11.
170. КУПРИЯНОВ В. Международная противораковая неделя, борьба против рака и лучистая терапия. Фармация, № 6, 1938, с. 13-15.
171. КУТОРГА В. Первые работы по раковым заболеваниям, выполненные в Вильнюсском университете в начале XIX в. Труды института экспериментальной медицины т. III, 1955, Вильнюс.
172. КУТОРГА В.
СТУКОНИС М. Онкологическая коллекция анатомического музея XVIII-XIX вв на медицинском факультете Вильнюсского университета. Труды института онкологии, I, 1958. с.279-290 /г.Вильнюс/.
173. К десятилетию постановления Правительства СССР об улучшении онкологической помощи населению. Вопросы онкологии, № 6, 1955, с.3-6.

174. К 250-летию Ленинграда / о роли медицинских учреждений и ученых Ленинграда в развитии отечественной онкологии / Вопросы онкологии, № 3, 1957, с. 259-262.
175. К 30-летию врачебной, научной и общественной деятельности проф. Н.Н.Петрова. Врачебное дело № 23, 1929, с.1523-1537.
176. ЛАЗАРЕВ Н.В. Жизнь и деятельность Кронтовского А.А. 1885-1933/. Вопросы онкологии, № 2, 1959г. с.234-242.
177. ЛАЗАРЕВ И.Р. Злокачественные новообразования и организация мероприятий по борьбе с ними в Луганской области. Харьковский институт, 1962 (кандидатская диссертация).
178. ЛАЗАРЕВ И.Р. К истории развития онкологии в Луганской области /1917-1963/. Материалы IX Луганской научно-практической конференции по вопросам онкологии, Луганск, 1964, с.12-16.
179. ЛАРИОНОВ Л.Ф. Развитие химиотерапии рака в СССР. Вопросы онкологии, № 8, 1967.
180. ЛАУЭР В.В. Организация борьбы против раковых заболеваний. Московский медицинский журнал, № 4, 1925, с.66-70.
181. ЛАХТИН М.Ю. Большие операции в истории хирургии. Диссертация, М. 1901, 212 стр.
182. ЛАХТИН М.Ю. Краткий биографический словарь знаменитых врачей всех времен. Спб, 1902.
183. ЛАХТИН М.Ю. Материалы к истории медицины в России. М, 1907.
184. ЛАХТИН М.Ю. Международные съезды по истории медицины, Харьков, 1928г.
185. ЛАХТИН М.Ю. Старинные памятники медицинской письменности, М, 1911г.
186. ЛАХТИН М.Ю. Этюды по истории хирургии, М, 1901г.
187. ЛЕВИН А.О. Китаевский М.К. /к 80-летию первой резекции желудка в России/. Хирургия, № 12, 1961.

188. ЛЕВИНШТЕЙН И.К. К вопросу о народной медицине. Советское здравоохранение, № 2, 1963.
189. ЛЕВИТ В.С. Советская хирургия к 30-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Хирургия, 1947, II, 3-20.
190. ЛЕВИТ В.С. Краткие очерки истории советской хирургии, 1960.
191. ЛЕВЧЕНКО М.С. Краткий исторический очерк развития хирургии в Свердловской областной клинической больнице. Труды хирургических отделений Свердловской областной клинической больницы, 1952.
192. ЛЕЙХТМАН М.И. Противораковый пункт на районе. Врачебное дело. 1931, 7-8, с.362-363.
193. ЛИДСКИЙ А.Т. Научная работа госпитальной хирургической клиники Свердловского медицинского института. Вестник Академии мед.наук. 1948, I, 54-57.
194. ЛИДСКИЙ А.Т. КОЛОСОВСКАЯ В.Ф. Хирургия тиреотоксикозов. Труды госпитальной хирургической клиники и хирургических отделений клинической больницы, т.У, 1951, Свердловск.
195. ЛИДСКИЙ А.Т. К вопросу об истории струмактомии. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, № 6, 1955, с.113-116.
196. ЛИДСКИЙ А.Т. Хирургия, № 6, 1955, с.82-83.
197. ЛИДСКИЙ А.Т. Вестник хирургии им.И.И.Грекова, № 10, 1960, с.150.
198. ЛИДСКИЙ А.Т. Хирургия, № 12, 1960, с.3-4
199. ЛИДСКИЙ А.Т. Урология, № 5, 1960, с.95
200. ЛИДСКИЙ А.Т. Свердловское хирургическое общество /1924-1965 гг/, г.Свердловск, 1965 /рукопись/.
201. ЛУКАНИН В.П. Зоб среди кустарей г.Свердловска и его ближайших окрестностей. Уральский мед.журнал № 8, 1929.
202. ЛУКАНИН В.П. Опыт применения в клинике некоторых лекарственных растений, издавна употребляемых в народной медицине Урала. Сб.Свердловского мединститута № 10, 1946г.

203. ЛУШНИКОВ А.Г. Классик русской медицины А.А.Остроумов. Фельдшер и акушерка, № 8, 1958, с.40-44.
204. ЛУХТАН Б.И. К истории развития онкологии в Литовской ССР. Вопросы онкологии, т.УП, № 5, 1961.
205. ЛЫТКИН М.И. Из истории резекции желудка в России. Хирургия, № 5, 1952, с.71-74.
206. ЛЯПУСТИН В.А. Статистика эндемического зоба и географические зоны его распространения на Урале. Сб. Эндемический зоб на Урале. Свердловск, 1933.
207. МАЗЕЛЬ С.С. О некоторых актуальных вопросах организации онкологической службы. Вопросы онкологии, т.У, № 4, 1959, с.489-493.
208. МАЛИНКОВСКИЙ Н.Н. Петров Н.Н. - выдающийся представитель русской хирургии и онкологии. Медицинская сестра, № 3, 1965, с.55-57.
209. МАЛИНОВСКИЙ М.С. Роль государственного онкологического института им. Герцена П.А. в организации противораковой борьбы в РСФСР. Труды докладов научной сессии Государственного онкологического института им. Герцена П.А. М. 1954, с.3-7.
210. МАНДЕЛЬШТАМ И.Т. К истории овариотомии от 70-х годов прошлого столетия до наших дней. Терапевтическое обозрение, № 1, 1910.
211. МАРКОВ Т.М. Онкологическая служба в Орловской области со дня её организации. В кн. "Вопросы организации здравоохранения и практической медицины в Орловской области. Орел, 1959, с.111-115.
212. МАЦ Д.И. Основные этапы развития онкологии на Украине. Ученые записки Украинского научно-исследовательского рентгено-радиологического института, т.10, 1948, Киев, с.5-16.
213. МАЦ Д.И. Противораковая борьба в УССР /этапы развития, статистика, организация/, Харьков, 1955, /докторская диссертация/.
214. МАЦ Д.И. Социально-гигиенические вопросы противораковой борьбы, 1962.

215. МАЦКИНА Р.Ю. История развития медицины и здравоохранения в России. Обзор документальных материалов, 1958, М-Л.
216. МЕДВЕДЕВ И.И. Злокачественные опухоли в Одессе за 25 лет /1901-1925 гг/. Одесский медицинский журнал № 1-6, 1927, с.73-86.
217. МЕЛЬНИКОВ А. Итоги русской хирургии за последние 25 лет. Вестник хирургии, 1928, 37-38, с.302-441.
218. МЕЛЬНИКОВ-РАЗВЕДЕНКОВ Н.Ф. Петров Н.Н. Вопросы онкологии, № 4, 1929, с.195-198.
219. МЕНЬШИКОВ А.Н. Краткий отчет по хирургическому отделению Ирбитской городской больницы за 1909 г. Врачебная санитарная хроника Пермской губернии. 1910, 3, 71-79.
220. МЕНЬШИКОВ А.Н. Медицинский отчет по хирургическому отделению Ирбитской городской земской больницы за 1908 г. Врачебная санитарная хроника Пермской губернии, 1908, 3, 1-43.
221. МЕРАТРА К.Г. История Аюр-Веды. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, № 5, 1956г.
222. МАРКОВ А.М.
ЦЕРКОВИН Т.Ф.
КАУФМАН Б.Д. Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований, 1962.
223. МИЛОНОВ Б.В. Организация противораковой борьбы в Москве и Московской области. Труды I-го Всесоюзного съезда онкологов, М, 1936, с. 62-68.
224. МИНАСОВ Организация противораковой помощи в СССР. Советская медицина, № 4, 1951, с.38.
225. МИСЛАВСКИЙ А.А. Автобиография. Записки Уральского медицинского общества, 7-й год, Екатеринбург, 1902.
226. МИСЛАВСКИЙ С.А. Краткий отчет об оперативной деятельности доктора медицины Миславского А.А. за 50 лет /1850-1901/. Записки Уральского медицинского общества, 7-й год, Екатеринбург, 1902, 76-III.

227. МИРОНОВ П.С. Рак пищевода в Якутии /клинико-краеведческие исследования/. Центральный институт усовершенствования врачей, 1958, /кандидатская диссертация/.
228. МОКЕРОВ И.П. К истории медицинского обслуживания промышленных рабочих на уральских заводах. Советское здравоохранение, 1961, 12, 70-74.
229. МУЛЬТАНОВСКИЙ Н.М. Отчет о деятельности хирургического отделения Камышловской земской больницы с мая 1906 по 1908 гг. включительно. Врачебно-санитарная хроника Пермской губ., 1908, 9-12, 1-21.
230. МУЛЬТАНОВСКИЙ Н.М. Отчет по хирургическому отделению земской больницы в г. Камышлове за 1909г. Врачебно-санитарная хроника Пермской губ., 1910, 4, 33-44.
231. МУЛЬТАНОВСКИЙ Н.М. Краткий отчет по хирургическому отделению земской больницы в г. Камышлове за 1910, 1911, 1912 гг. Врачебно-санитарная хроника Пермской губ., 1913, 1-2, 26-61.
232. МУРАТОВ А.А. Краткий очерк возникновения Киевского общества борьбы со злокачественными новообразованиями. Протоколы 1-го Всероссийского съезда по борьбе с раковыми заболеваниями, М., 1915, с. 391-394.
233. МЫШ Д.В. Из опыта работы по онкологии /клинико-статистический обзор/. Сб. трудов хирургической клиники Новосибирского института усовершенствования врачей, 1942, с. 247-264.
234. НАРБУТОВСКИЙ С.Д. К методике хирургического лечения рака губы. Новый хирургический архив, 33, 1, 1935.
235. НАРБУТОВСКИЙ С.Д. Уральский областной физио-терапевтический институт (УОФИ). Труды Уральского областного физио-терапевтического института, сб. 1, 1933.
236. НЕВСКИЙ В.А. Диссертации русских врачей КУШ в. Советская медицина, № 3, 1951.
237. НЕВСКИЙ В.А. Первая отечественная работа об опухолях головного мозга /о книге В.Ф. Войцеховского, 1825/. Вопросы нейрохирургии, № 1, 1955, с. 62-63.

238. НЕВЯДОМСКИЙ М.М. Кризис онкологии. В кн. Проблемы экспериментальной онкологии, М-Л, 1935, с. 5-14.
239. НЕВЯДОМСКИЙ М.М. К истории русской онкологии. Врачебное дело, № 11-12, 1945, с. 623.
240. НЕВЯДОМСКИЙ М.М. Вклад русской онкологической школы в мировую науку о раке /исторический обзор/. Байкал № 5, 1961, с. 90-101.
241. НЕЙМАН Н.М. Экспериментальная онкология в СССР. В кн. Вопросы онкологии, 1940, с. 37-41.
242. НЕМЧИНОВ В.С. Социальная статистика Урала, 1924-1925 гг. Уральское областное статистическое управление, Свердловск, 1926.
243. НЕМЫРЯ А.Н.
/АШУРКОВА/ Состояние онкологической помощи больным раком желудка в свете отдаленных результатов /по материалам ГОИ им. П.А. Герцена. Горьковский медицинский институт, 1959, /кандидатская диссертация/.
244. НИКИТСКИЙ С.А. Первые шаги Мособлздравотдела в организации противораковой борьбы. Московский медицинский журнал, № 3, 1930, с. 24-29.
245. НИКОВАДЗЕ И.И. Материалы по истории хирургии в Грузии. 1953. Тбилисский медицинский институт /докторская диссертация/.
246. НИКОВАДЗЕ И.И. Хирургия в грузинских Карабадинах. Восточный хирург им. И.И. Грекова, № 7, 1959.
247. НИКИТИНА Л.Ф. Организация противораковой борьбы в РСФСР. Тезисы докладов III Всесоюзной конференции онкологов /15-18 ноября 1965 г./.
248. НИСНЕВИЧ Л.М. Организация противораковой борьбы в СССР. Советская медицина, 1938, 22, 43-46.
249. НИСНЕВИЧ Л.М. Узловые вопросы противораковой борьбы в СССР. Советская наука, 1939, № 1, с. 102-112.
250. НОВИКОВ А.Н. Роль государственного онкологического института им. Герцена П.А. в развитии отечественной онкологии. Вопросы клинической и экспериментальной онкологии, вып. 3, М., 1959, с. 7-14.

251. НОВИКОВ А.Н. Международное значение советской онкологии. Советское здравоохранение, № 6, 1962 г., с. 9-14.
252. НОВИКОВ А.М. Лечение рака матки радиом. Медицинский отчет Екатеринбургского роддома за 1912 г. /Приложение/.
253. НОВИКОВ А.М. Обзор чревосечений, произведенных в Екатеринбургском роддоме с 1/IX-1909 по 1/IX-1910 г. Записки Уральского медицинского общества, Екатеринбург, 1911.
254. НУГМАНОВ С.Н. Раковая болезнь. Успехи советской онкологии в изучении злокачественных опухолей. Алма-Ата, 1959.
255. НУГМАНОВ С.Н. Развитие онкологии в Казахской ССР. Вопросы онкологии, т. XIV, № 7, 1968, с. 3-14.
256. ОБОРИН Н.А. Первое печатное руководство по хирургии на русском языке. Клиническая хирургия, № 5, 1968, с. 74-79.
257. ОБРОСОВ П.Н. Краткий обзор истории развития советской хирургии. В кн. Железнодорожная медицина, 1934, I, 119-167.
258. ОНУФРИЕВ В.М. Краткий обзор 1000 абдоминальных чревосечений, произведенных в г.Екатеринбурге с 1881 по 1908 гг. Записки Уральского медицинского общества, 1910.
259. ОНУФРИЕВ В.М. Краткий обзор 239 влагалищных чревосечений, произведенных в г.Екатеринбурге за 24 г /1887-1910 гг/. Записки Уральского медицинского общества, 1910.
260. ОНУФРИЕВ В.М. Метод ухода за раной. Записки Уральского медицинского общества, 1915.
261. ОППЕЛЬ В.И. История русской хирургии. Критический очерк, ч. I, и II. Вологда, 1923, с. 409.
262. ОПОКИН А.А. Кузнецкий П.В. Хирургия, 1912, 32, 453-457.
263. ОПОКИН А.А. Проф. Груздев В.С. как представитель русской онкологии. Казанский медицинский журнал, 1926, № 5-6, с. 481-495.
264. ОРЛОВСКИЙ Л.В. Санитарное просвещение, как фактор профилактики и ранней диагностики рака. М., 1950 /кандидатская диссертация/.

265. ОРЛОВСКИЙ Л.В. Гигиеническая подготовка населения к профилактике рака с учётом особенностей его распространения в СССР, 1967. /докторская диссертация/.
266. Основные решения 2-го областного научного съезда врачей (2-8 февраля 1930) Уральский медицинский журнал № 2-3, 1930, с.120-130.
267. Отзывы гг.профессоров о сочинениях, награжденных медалями. Варшавские университетские известия, УІ, 1898.
268. ПАЛКИН Б.Н. Русские госпитальные школы ХУІІІ в.1959 г.
269. ПАРИН Б.В. К истории развития переливания крови на Урале. Вопросы клинической хирургии. Пермский медицинский институт, вып. 62, 1965, с.303.
270. Первый съезд хирургов, гинекологов, офтальмологов, оториноларингологов и рентгенологов Уральской области и прилегающих губерний. Свердловск, 1927, с. 41-120.
271. Первая областная онкологическая конференция Свердловской области (20-23/II-1936г.) Вопросы онкологии, 1936, 10,2, с.130-134.
272. ПЕРЕЦ В.Г. Медицинский обзор 50-летней деятельности Свердловского акушерско-гинекологического института. Уральский медицинский журнал № I, 1928, с.97-109.
273. ПЕТРОВ Н.Н. Основные формы борьбы с раковыми заболеваниями. Кубанский научно-медицинский вестник, т.І, 1921, с.32-33.
274. ПЕТРОВ Н.Н. Задачи государственной борьбы против раковой болезни. Врачебная газета, 1923, 21-22, 450-451.
275. ПЕТРОВ Н.Н. По поводу статей проф. Невядомского М.М. о спорных вопросах онкологии. Врачебная газета, 3-4, 1929, с. 233-236.
276. ПЕТРОВ Н.Н. История возникновения онкологического института и его организация. В кн. 5-ть лет деятельности онкологического института. Л, 1932, с.33-34.

277. ПЕТРОВ Н.Н. Успехи хирургии в области лечения злокачественных опухолей за 20 лет. Хирургия, № II, 1937, с.12-17.
278. ПЕТРОВ Н.Н. Достижения Ленинградской онкологической школы (к 20-летию Великой Октябрьской социалистической революции). Врачебное дело, № II, 1957, с.825-828.
279. ПЕТРОВ Н.Н. Борьба со злокачественными опухолями в СССР за 20 лет. В кн. Вопросы онкологии, М-Л, 1940, с.30-36.
280. ПЕТРОВ Н.Н. Развитие онкологии в СССР за 25 лет Советской власти. Здравоохранение Казахстана, № II-12, 1942, с. 152-159.
281. ПЕТРОВ Н.Н. Развитие онкологии в СССР за 25 лет советской власти. Хирургия, № II-12, 1943, с.5-II.
282. ПЕТРОВ Н.Н. Развитие онкологии. В кн. Успехи биологической науки в СССР за 25 лет. М-Л, 1945, с.332-339.
283. ПЕТРОВ Н.Н. К истории русской онкологии. Врачебное дело, № 5, 1946, с. 279-282.
284. ПЕТРОВ Н.Н. Обзор достижений советской онкологии. В сборнике. Достижения советской медицинской науки за XXX лет /1917-1947 гг/ М, 1947, с.403-417.
285. ПЕТРОВ Н.Н. Приоритет отечественной науки в области онкологии. Современные вопросы медицинской науки. М, 1951.
286. ПЕТРОВ Н.Н.
ПЕТРОВ Ю.В. 40 лет советской онкологии. Вопросы онкологии, т. III, № 5, 1957, с.515-527.
287. ПЕТРОВ Б.Д. Хирургия Авиценны. Хирургия, № 10, 1952.
288. ПЕТРОВ Б.Д. Разработка истории медицины в научно-исследовательских институтах и медицинских вузах. Бюллетень ученого медицинского совета. 1961, 3, с.17-20.
289. ПЕТРОВ Б.Д. Итоги и задачи изучения истории медицины в СССР /1917-1967 гг/. Советское здравоохранение, № 4, 1967, с.38-44.
290. ПЕТРОВ Б.Д. Страницы гордости и славы. Медицинская газета от 29/XI-1965 г.

291. ПЕТРОВ Б.
ГРИГОРОВСКИЙ И. Отечественная хирургия. Медицинская газета 22/IX-1967г.
292. ПЕТРОВСКИЙ Б.В. Успехи хирургического лечения рака пищевода и кардии. В кн. Злокачественные опухоли. М., 1947, с.43-44.
293. ПЕТРОВСКИЙ Б.В.
БАБИЧЕВ С.И. Успехи в хирургическом лечении заболеваний грудного отдела пищевода. Хирургия, № 10, 1957, с.54-63.
294. ПОВОЛОЦКИЙ Я.Л. Государственные и общественные меры борьбы со злокачественными новообразованиями. В кн. Злокачественные новообразования, Киев, 1957, с.61-95.
295. ПОГОСЯНИЦ А.И. И истории развития медицинской помощи населению Узбекистана до Октябрьской революции /в т.ч. онкологической/. Медицинский журнал Узбекистана, № 4, 1958, с.69-75.
296. ПОКРОВСКАЯ А.А. Свердловское хирургическое общество. Новый хирургический архив, 1934, 30, кн.2, № 118, 291-292, кн.3 № 119, 437-438, т.31, № 122, с. 264-265.
297. ПОПОВ А.Н. Оперативная деятельность хирургического отделения Александровской больницы с 1902 по 1906 гг в связи с вопросом об общественном значении Александровской больницы. Тр. IX съезда врачей Пермской губ. Пермь, 1907.
298. ПРАЗДНИКОВА Е.Г. Онкологическая помощь. В кн. 40 лет советского здравоохранения, М., 1957, с. 171-174.
299. ПРАЗДНИКОВА Е.Г. Вопросы организации противораковой борьбы в Советском Союзе. Тр. П Всесоюзной конференции онкологов. Л, 1959, с.800-808.
300. ПРАЗДНИКОВА Е.Г. Пути развития онкологической помощи в СССР. В кн. Сб. трудов республиканской онкологической конференции Литовской ССР, г. Вильнюс, 1958.
301. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ М.Н. Злокачественные новообразования в СССР. Советское здравоохранение, 1962, 6, 34-44.

302. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ М.Н. Организация противораковой борьбы в СССР /под ред. проф. Маркова А.М./, канд. мед. наук Церковского и Кауфмана Б.Д./ М., 1962.
МОЛЧАНОВ Е.Ф.
ДРУЖИНИНА В.И.
ГУЛИЕВА Л.М.
ПЕТРОВ Л.М.
ТЫШЕЦКИЙ В.П.
ПАБАШОВА И.Я.
303. Проблемы онкологии. Труды онкологической клиники, посвященные 25-летию научно-практической, педагогической и общественной деятельности проф. Л.М. Ратнера, 1936.
304. Проблемы клинической онкологии. Труды онкологической клиники, посвященные 35-летию научно-практической деятельности проф. Л.М. Ратнера, 1948.
305. ПРУССАК А.В. У истоков русской онкологии /обзор медицинских рукописей ХУП и первой половины ХУШ вв/. Вопросы онкологии, т. II, № 6, 1956, с. 763.
306. ПРУССАК А.В. Из далекого прошлого русской хирургии. Хирургия, № 3, 1956, с. 86-87.
307. ПУШИН Г.А. МИЗЕРОВ М.И. - крупный деятель земской медицины на Урале. Советское здравоохранение, № 4, 1967.
СКОРОМЕЦ Н.М.
308. Пятьдесят лет деятельности ГОИ им. Герцена П.А. МЗ РСФСР. Хирургия. 1954, 6, с. 3-14.
309. РАБИНОВИЧ М.С. История первых чревосечений в Сибири. Вестник хирургии им. Грекова И.И., № 5, 1956.
310. РАЗУМОВСКИЙ В.И. О хирургии на востоке России во 2-ю половину XIX века. Новый хирургический архив, 1930, т. 20, 4, 484-500.
311. РАЗУМОВСКИЙ В.И. Исторический очерк развития русской хирургии. В кн. Руководство практической хирургии, т. I Л-М, 1936.
ЗАБЛУДОВСКИЙ А.И.
312. РАЗУМОВСКИЙ В.И. Пироговские съезды и съезды российских хирургов. Новый хирургический архив. 1925, т. 7, № 25-28.
313. РАКОВ А.И. Роль Петрова Н.Н. в развитии отечественной хирургии и онкологии. Вестник хирургии им. Грекова И.И., т. 72, № 2, 1952, с. 3-7.

314. РАКОВ А.И.
ПЕТРОВ Ю.В.
ХОЛДИН С.А. Развитие клинической онкологии за 50 лет советской власти. Вопросы онкологии, № II, 1967.
315. РАТНЕР Л.М. К предстоящему научному съезду врачей Урала (голос хирурга). Уральский медицинский журнал № 7, 1929.
316. РАТНЕР Л.М. Несколько мыслей об общественной борьбе с раком женской половой сферы на Урале. Тр.институтов Свердловского Облздравотдела, т.3, 1935, с.3-8.
317. РАТНЕР Л.М.
ЛЕБЕДЕВА А.Н. Итоги 7-летней борьбы за улучшение результатов лечения злокачественных опухолей. Тр.научно-исследовательских институтов Облздравотдела, Сб.10, г.Свердловск, 1938, с.4-7.
318. РАТНЕР Л.М. Пути развития научной и практической работы Свердловской онкологической клиники. Тезисы докл. Всесоюзной онкологической конференции. Л., 1947, с.12, Хирургия, № 4, 1947, с.76.
319. РЕЙНБЕРГ Г.А. О противораковой пропаганде среди населения. В кн. Вопросы абдоминальной хирургии. Горький, 1946, с.157-161.
320. РЕЙНБЕРГ Г.А. О противораковой пропаганде среди врачей Советская медицина, № 4-5, 1945, с.25-27
321. РЕЙНБЕРГ Г.А. Советская онкологическая печать за 30 лет. В кн. Новости медицины, вып.УШ, М., 1948, с.96-99.
322. РИХТЕР В. История русской медицины, т.1-П-Ш, М., 1820.
323. РОССИЙСКИЙ Д.М. Русские доктора медицины в XVIII веке. Военно-медицинский журнал № 7, 1949.
324. РОССИЙСКИЙ Д.М. История отечественной медицины и здравоохранения (библиография), 1956.
325. РОХЛИН Д.Г. Болезни древних людей, М., 1965.
326. РУССКАЯ Н.А. А.А. Миславский. Уральская жизнь 5/ХП-1914, № 272.
327. РУЧКОВСКИЙ Б.С. М.Руднев и М. Новинский - основоположники экспериментальной онкологии. Врачебное дело № 6, 1949.

328. РУЧКОВСКИЙ Б.С. Роль В.В. Подвысоцкого в развитии экспериментальной онкологии. Врачебное дело № 5, 1950, с.467-470.
329. РУЧКОВСКИЙ Б.С. Роль отечественных ученых в развитии экспериментальной онкологии, т.1-2, Киев, 1953, с.263.
330. РУЧКОВСКИЙ Б.С. Из истории отечественной онкологии. Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине, Киев, 1954, с.291-310.
331. РУЧКОВСКИЙ Б.С. Очерки развития советской экспериментальной онкологии. Киев, 1959, с.527.
332. РУЧКОВСКИЙ Б.С.
ГУСЛИЦЕР Л.И. К 50-летию I Всероссийского съезда по борьбе с раковыми заболеваниями. Вопросы онкологии, т.Х, № 5, 1954.
333. САВИЦКИЙ А.Т. Из истории развития хирургии рака кишки в СССР. Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 1961, т.87, с.82-86.
334. САВИЦКИЙ А.И. Очерки развития организации противораковой борьбы в РСФСР за 30 лет советской власти. В кн. Юбилейный сборник Минздрава РСФСР, № 1, 1948.
335. САВИЦКИЙ А.И. Борьба против рака в СССР. Советская медицина, № 7, 1950, с.1-4.
336. САВИЦКИЙ А.И. 50 лет деятельности государственного онкологического института им.Н.А.Герцена Минздрава РСФСР. Хирургия, № 6, 1954, с.3-14.
337. САВИЦКИЙ А.И. Основы организации борьбы против рака в СССР, её итоги и очередные задачи. Злокачественные опухоли. Тр.Х сессии АМН СССР, 1959, с.230-237.
338. САВИЦКИЙ А.И.
ЧАКЛИН А.В. История развития Всесоюзного общества онкологов. Вопросы онкологии, № 7, 1967.
339. САЛИЩЕВ В.Э. Вопросы истории в курсе клинической хирургии. Советское здравоохранение, № 4, 1952, с.12-15.
440. САФОНОВ А.Г. Организация противораковой борьбы. Тезисы докладов III Всесоюзной конференции онкологов /15-18/XI-65г/.

341. САФОНОВА А.Д. Выдающийся врач и общественный деятель Урала А.А. Миславский. XXIII студенческая научная конференция 21-23/IV-1969г Свердловск. 1969г.
342. СВЕДЕНЦОВ Е.П. К истории лечения прободного рака желудка. Вопросы онкологии, т. VI, № 3, 1960.
343. СЕМОВСКИХ Ю.Н. К истории хирургии в Тюменской области. Вопросы практической хирургии, 1961, I, с. I-12.
344. СЕНКЕВИЧ Э.М. Краткий очерк деятельности хирургического отделения Красноуфимской земской больницы с 24/IV-1910г по 24/IV-1911г Хирургия, 1912, 32, 280-300.
345. СЕНКЕВИЧ Э.М. Краткий отчет о деятельности хирургического отделения Красноуфимской земской больницы с 1910 по 1913 г. Врачебно-санитарная хроника Пермской губ. 1913, II-12, 25-35.
346. СЕРГЕЕВА Н.В. Пионеры асептики и антисептики на Урале. XXIII студенческая научная конференция. /21-23/IV-1969г./, Свердловск, 1969.
347. СЕРЕБРЕННИКОВ В.С. Здравоохранение на Урале, 1929.
348. СЕРЕБРЕННИКОВ В.С. К вопросу о распространении рака легкого в Свердловске и Свердловской области. Вопросы онкологии, т. III, № 4, 1957.
349. СЕРЕБРЕННИКОВ А.Б. Организация и начало деятельности хирургического общества в Москве /к 90-летию хирургического общества Москвы и Московской области /1873-1963/ Хирургия, VI, 138, 1965.
350. СЕРЕБРОВ А.И.
ХОЛДИН С.А.
ЧЕЧУЛИН А.С. Н.Н. Петров. Тр. Акад. мед. наук СССР, т. IX, Вопросы онкологии, вып. 3, М, 1951, с. 7-30.
351. СЕРЕБРОВ А.И.
ЧАКЛИН А.В. Пути изучения краевых особенностей распространения злокачественных опухолей. Вопросы онкологии, I, 1955, с. 7-15.
352. СЕРЕБРОВ А.И. 30-летие института онкологии Академии медицинских наук СССР. Вестник Академии меднаук СССР. 1957, № 6, с. 96-98.

353. СЕРЕБРОВ А.И. К истории института онкологии АМН. В кн. 30 лет деятельности института онкологии АМН СССР. Л. 1956, с.5-10.
354. СЕРЕБРОВ А.И.
ХОЛДИН С.А.
ЧЕЧУЛИН А.С. Н.Н. Петров. Вопросы онкологии, № 4, 1964, с.115-118.
355. СЕРЕБРОВ А.И. К 50-летию советской онкологии. Вопросы онкологии, № 10, 1967.
356. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. П.В. Рудановский - выдающийся деятель медицины дореволюционного Урала. Советское здравоохранение, № 2, 1955г, с.51-55.
357. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Очерки по истории здравоохранения на дореволюционном Урале, 1955.
358. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Из истории Уральского медицинского общества в Екатеринбурге. Советская медицина, № 9, 1957.
359. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Уральские врачи в период революции 1905-1907 гг. Советское здравоохранение, № 6, 1963, с.61-65.
360. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале - XVIII в. - 1945г, Пермь, 1964, /докторская диссертация/.
361. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Характерные черты в деятельности передовых врачей дореволюционного Урала. В кн. Материалы к итоговой научной конференции Пермского государственного медицинского института. Пермь, 1966, с. 12-15.
362. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Народная медицина на Урале. Советская медицина № 2, 1967г.
363. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. Научно-исследовательские институты Урала в 30-х годах. Советская медицина № 4, 1968г.
364. СЕЛЕЗНЕВА В.Т. К вопросу о первом Уральском областном съезде по здравоохранению. Советское здравоохранение, № 9, 1968, с.73-74.
365. СКОБУНОВА А.Н. Свердловская хирургическая секция. Новый хирургический архив. 1934, № 30, кн.4 № 120 с. 581-585, т.31, № 121, с.125-129, т.32 № 126, с.273-275, № 127-128, с.579-580.

366. СКОРОХОВ Л.Я. Краткий исторический очерк русской медицины. Л., Практическая медицина, 1926, с.262.
367. СОКОЛОВ А.Н. Некоторые организационные вопросы здравоохранения на железнодорожном транспорте. Советское здравоохранение, № 8-9, 1942, с.2934.
368. СОКОЛОВ А.Н.
КОЛАРОВ В.П.
ГРИГОМХЕС Н.А. Здравоохранение на транспорте. В кн. 25 лет советского здравоохранения. М., 1944, с.262-271.
369. СОКОЛОВ Д.К. К истории хирургии в Зауралье. Советское здравоохранение, № 4, 1961.
370. СОРКИН Ю.Э. Развитие онкологии на Урале /к 75-летию со дня рождения основоположника онкологической школы проф. Л.М. Ратнера/. Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей, 1962, вып.2, Пермь, 1963.
371. СОРКИН Ю.Э. К истории развития хирургии на Урале. Материалы XIX годичной научной сессии Свердловского мединститута, 1966, с. 199.
372. СОРКИН Ю.Э. 40 лет первого съезда врачей Урала. Календарь-справочник по Свердловской области на 1967 г.
373. СОРКИН Ю.Э. 40 лет работы в области онкологии. Там же.
374. СОРКИН Ю.Э. II5 лет первой операции зоба на Урале. Там же.
375. СОРКИН Ю.Э. Видный советский хирург А.Т. Лидский. Там же.
376. СОРКИН Ю.Э.
СЕМЕНОВА Н.Д. Краткий исторический очерк развития Свердловской железнодорожной больницы. Вопросы клинической хирургии, 1967, с.7-24.
377. СОРКИН Ю.Э. Роль уральских хирургов в развитии практической хирургии, Там же, с.25-32.
378. СОРКИН Ю.Э. 140 лет со дня рождения А.А.Миславского. Календарь-справочник по Свердловской области на 1968 г.

379. СОРКИН Ю.Э. Александр Андреевич Миславский /к 50-летию со дня смерти видного уральского врача/. Советское здравоохранение, № 4, 1968, с.63-66.
380. СОРКИН Ю.Э. Земский хирург /к 125-летию со дня рождения П.В. Кузнецкого/. Календарь-справочник по Свердловской области на 1969 г.
381. СОРКИН Ю.Э. Пионеры антисептики среди практических врачей Урала. Клиническая хирургия № 1, 1969, с.87-88.
382. СОРКИН Ю.Э. Сестра милосердия А.А. Сурнина. Медицинская сестра № 2, 1969, с.59-60.
383. СОРКИН Ю.Э. Выдающийся советский хирург А.А. Абраханов. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1969 /принята в печати/. № 7
384. Сорок лет деятельности Ленинградского института онкологии Министерства здравоохранения СССР /1926-1966гг/. Итоги научно-исследовательской, клинко-лечебной и организационной работы. Л, 1966, с.295.
385. СОРОКИН Н.М. Ученые Казанского медицинского института в борьбе со злокачественными новообразованиями. Научные труды Казанского мединститута, т. XIV, 1964, с.49-51.
386. СПАСОКУКОЦКИЙ С. ПЕТРОВ Н.Н. Развитие онкологии в СССР. Хирургия, № 11-12, 1943.
387. СТРАДЫНЬ П.И. Состояние онкологической помощи и задачи противораковой борьбы в Латвийской ССР. Труды института экспериментальной медицины Академии наук Латвийской ССР. т.УП, 1955, с.121-127.
388. СТРЕЛКОВ С.Я. Успехи советской хирургии после Великой Октябрьской социалистической революции. В кн. Ижевский Гос.мед.институт.Труды. Ижевск, 1941, 4, с.5-22.
389. СТРУГИН Н.И. К вопросу развития онкологической и рентгенорадиологической службы в ТССР. Здравоохранение Туркменистана, № 1, 1966, с.42-45.

390. СТЫСКИН А.И. История земской хирургии Владимирской губернии. Ивановский мед. институт, 1950, /кандидатская диссертация/.
391. ТАВАЛДАРОВ История развития борьбы со злокачественными новообразованиями в России и РСФСР. Ежегодник Государственного научного института охраны материнства и младенчества, Наркомздрав Узбекской ССР, т. I, 1930.
392. ТАКУЛОВ У.Т. К истории организации онкологической помощи в Северной Осетии. г. Орджоникидзе, 1959, с. 32-41.
393. Тезисы докладов X-й научно-практической конференции онкологов Свердловской области, 1966.
394. ТЕРЕБИНСКИЙ Н.Н. К истории Российских и Всесоюзных съездов хирургов. М., 1946, с. 94.
395. ТЕРЕБИНСКИЙ Н.Н. К истории отечественной хирургии за истекшие 50 лет. Хирургия № 6, 1955, с. 75-81.
396. ТЕРНОВСКИЙ В.Н. Материалы к истории русской хирургии в начале XIX столетия. Сов. клин. 1932, 18, 7-19 /99-102/, с. 10-13.
397. ТЕРНОВСКИЙ В.Н. К истории хирургии и медицинского образования с допетровской Руси. Русск. клин. 1927, 36, 471-477.
398. ТЕПЛОУХОВА Ф.С. Отчеты Свердловского областного онкологического диспансера /1949-1960 гг / /рукопись/.
399. ТЕПЛОУХОВА Ф.С. Опыт работы онкологических учреждений Свердловской области в организации онкологической помощи населению. Итоги XIX сессии онкологического института им. П.А. Герцена. Сталинград, 1960, с. 205-206.
400. ТИХОНОВ К.Б.
СТРАЖИНИН А.И.
ТАБЕЛЕВ А.А. Центральный научно-исследовательский рентгено-радиологический институт МЗ СССР в развитии отечественной онкологии т. XIV, № 7, 1968, с. 15-20.
401. ТОЧКИН Н.Т. К статистике рака в С-Петербурге за 1901-1910 гг. Диссертация, СПб. 1912, 124.

402. Тридцать лет института онкологии Академии медицинских наук СССР /1926-1956гг/ Итоги клинико-лечебной научно-исследовательской работы. Под ред. А.И. Сереброва и др. М., 1956, с.248.
403. ТУРБИЛ А. Судьба сенсации /Страничка из истории медицины/. Наука и жизнь. 12, 1965, с.42-46.
404. ТЫШЕЦКИЙ В.И. Заболеваемость населения Винницкой области злокачественными опухолями. Вопросы онкологии, 1962, 8, 7, с.99-104.
405. ТЫШЕЦКИЙ В.И. Материалы к статистике злокачественных опухолей и организации онкологической помощи Винницкой обл. 1962, г.Винница /кандидатская диссертация/.
406. ТЬЕДЕР Б.М. Рак и борьба с ним в СССР и капиталистических странах /материалы для докладов, лекций и бесед/. Московский обл.институт санитарной культуры и Московский гор.институт лечения опухолей. 1932, с.15.
407. УГЛОВ Ф.Г. 60 лет славного служения Родине. /к 60-летию врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности Н.Н.Петрова/. Вестник хирургии им. И.И.Грекова, № 12, 1959, с.3-14.
408. Указатель литературы по вопросам организации противораковой борьбы и крайним особенностям распространения злокачественных опухолей /основная отечественная литература за период с 1900 до 1960 гг и зарубежная с 1950 по 1960гг/. Составители: Б.Д. Кауфман, К.М.Петров, А.В. Чеклин. Волгоград, 1962, с.171. Институт онкологии, Облонкодиспансер.
409. Уральская советская энциклопедия. т.1 Свердловск-Москва, 1933.
410. Устав Всесоюзного научного медицинского общества онкологов. /проект/.
411. ФАЙНИМИДТ А.Б. Современный уровень и динамика смертности от злокачественных новообразований в Казахстане. 1962, /кандидатская диссертация/.

412. ФЕДЮШИН М.П. Некоторые материалы к истории русской онкологии /по рукописным источникам XVI-XVIII вв/. Труды Акад.мед.наук СССР, т.26, Вопросы онкологии, вып.6, М., 1953, с.278-287.
413. ФЕЛЕСТОВИЧ Н.В. Вопросы изучения истории здравоохранения и краевой медицины в деятельности областных и краевых больниц. Советское здравоохранение, № 4, 1959, с.29-33.
414. ФРИД В.Р. Приоритет русских врачей в формировании железнодорожной медицины. Научная сессия центральной научно-исследовательской лаборатории гигиены и эпидемиологии МПС. Тезисы докладов, 1949.
415. ФРИД В.Р. Возникновение русской железнодорожной медицины и основные веки её развития. I-II Московский медицинский институт 1949 /кандидатская диссертация/.
416. ХАЛЕЦКАЯ Н.С. Очерки из истории развития хирургической помощи во Владимирской области /1917-1957 гг/. Советское здравоохранение, № 12, 1958, с.49-54.
417. ХАРМАДАРЬЯН Г.И. К вопросу об организации борьбы со злокачественными опухолями. Вопросы онкологии, 1928, I, 3, 245-250.
418. ХАЙКИНСОН Н.М. О заболеваемости раком в Татарской АССР. Казанский медицинский журнал. 1958, 6, 99-101.
419. ХЕСИН В.Р. Борьба со злокачественными новообразованиями в связи с диспансеризацией населения. Новая хирургия. 1925, 3, с.394-405.
420. ХЕСИН В.Р. О борьбе со злокачественными заболеваниями в России. Московский медицинский журнал, 1924, 2, 72-76.
421. ХОЛДИН С.А. Пути развития советской онкологии. Материалы I-го Межреспубликанского совещания ученого медицинского совета Наркомздрава Прибалтийских Советских социалистических республик. Сентябрь, 1945, г.Рига, 1946, с.74-81.

422. ХОРОШМАНЕНКО Н.А. Александр Алексеевич Абраманов /к 100-летию со дня рождения/. Хирургия, № 12, 1967, с.105-106.
423. ХРАБРОВИЦКИЙ Д. Люди и опыты /из истории изучения раковой болезни/. Огонек, № 47, 1955, с.12-15.
424. ХРОМОВ Б.М. Хирургия в прошлом, настоящем и будущем. Л. 1961г.
425. ЦАНДЕР А. Отчет по хирургическому отделению Пермской губернской земской больницы за десятилетний период 1879-1889. Хирургический вестник, 1890, декабрь, с.695-793.
426. ЦАНДЕР А. Из отчета по хирургическому отделению Пермской губернской земской больницы за 1885 год. Сб. Пермского земства, 1886, с.8-10.
427. ЧАКЛИН А.В. Профилактические медицинские осмотры населения, как метод активного выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Л., 1953, с.370 /кандидатская диссертация/.
428. ЧАКЛИН А.В. К вопросу об изучении заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Труды 2-й Юбилейной онкологической конференции, врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской ж.д. г.Ростов-на-Дону, 1958.
429. ЧАКЛИН А.В., ПЕТРОВ Ю.П. Пути изучения заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в СССР. Труды 2-й Всесоюзной конференции онкологов. М., 1959, с.820-829.
430. ЧАКЛИН А.В., ПЕТРОВ Ю.П. Организация противораковой борьбы и краевые особенности распространения злокачественных опухолей, 1960г.
431. ЧАКЛИН А.В. Краевые особенности распространения злокачественных опухолей, 1963.
432. ЧАКЛИН А.В. Отчет о пленуме Всесоюзного общества онкологов в Киеве. Вопросы онкологии, т.ХШ, № 12, 1967, с.91-92.
433. ЧАКЛИН А.В. Достижения советской онкологии. Календарь врача, 1967, с.186-205.

434. ЧАКЛИН А.В.
НАПАЛКОВ Н.П.
КОСТЕЛЯНИЦ Б.Л. Международные научные связи советских онкологов. Вопросы онкологии № 4, 1968, с.120-121.
435. ЧЕКИН В.П. Светлой памяти человека /о А.А.Миславском/. Зауральский край, 3/XII-1914г
436. ЧИСТЯКОВ П.И. Пионеры офтальмохирургии на Урале. Вестник офтальмологии, т.33, вып.2, 1954, с.36-40.
437. ЧУРАНОВА В.Я. Некоторые итоги работы онкологической службы сети железных дорог СССР. Тр.2-й Юбилейной онкологической конференции врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской ж.д. г.Ростов-на Дону 1958г.
438. ШАБАД Л.М. Некоторые направления научно-исследовательской работы по раку в СССР. Советский врач. Сб. в.УШ, 1947, Изд.Министерство здравоохранения СССР.
439. ШАБАД Л.М. Очерки экспериментальной онкологии. М, 1947.
440. ШАБАД Л.М. М.А. Новинский - родоначальник экспериментальной онкологии. Советская медицина № 7, 1950, с.36-37.
441. ШАБАД Л.М. М.А. Новинский - родоначальник экспериментальной онкологии. М. Изд.Акад. мед.наук СССР, 1950, с.260.
442. ШАБАД Л.М. Некоторые вопросы экспериментальной онкологии по материалам УШ Международного противоракового конгресса. Экспериментальная хирургия и анестезиология, № 2, 1963.
443. ШАБАШОВА Н.Я. Развитие отечественной хирургии по материалам Военно-медицинского журнала. /1823-1885 гг/. Л. 1958. /Автореферат кандидатской диссертации/.
444. ШАБАШОВА Н.Я. Хирургическое лечение опухолей в России. Вопросы онкологии, т.УШ, № 2, 1962.
445. ШАЛАЕВ В.А. К истории проблемы рака в Тартуском университете в XIX в. Наука в Прибалтике в ХУШ - начале XX вв. 1962, с.137-138.

446. ШАПАТИН А.В. Некоторые выводы из нашего материала раков желудка. Тр.научно-исследовательских институтов. Сб.1, 1933, г.Свердловск.
447. ШЕВЧЕНКО И.Т.
КОРЕНЕВСКИЙ Л.И. Достижения и перспективы развития онкологии на Украине. В кн. Достижения здравоохранения в Укр.ССР. Киев, 1958, с.300-310.
448. ШЕВЧЕНКО И.Т.
КОРЕНЕВСКИЙ Л.И.
РУЧКОВСКИЙ Б.С. Пути развития онкологии в Украинской ССР за 40 лет /1917-1957 гг/. Вопросы онкологии, т.IV, № 4, 1958, с.501-504.
449. ШЕВЧЕНКО И.Т. Развитие онкологии на Украине за годы советской власти. Клиническая хирургия, II, 1967г.
450. ШЕЛУДЧЕНКО К. Онкологическая служба в Молотовской области. Медицинская газета, № 98/1014 23/XII-1951г.
451. Шестидесятилетие Государственного онкологического института им.П.А.Герцена. Вопросы онкологии, № II, 1963, с.III-II4
452. ШЕФЕР Д.Г. Рентгеновские лучи и центральная нервная система. Ростов-на-Дону, 1936.
453. ШЕФЕР Д.Г. Наш опыт изучения опухолей мозга и его значение для внутренней патологии. Тезисы докладов на годичной научной сессии Свердловского мединститута, посвященной 25-летию со дня основания института. 13-16/III-1956г. Свердловск, 1956.
454. ШЕФЕР Д.Г. Общие вопросы клиники и хирургии опухолей головного мозга. Сб.научных работ института, вып. XXIII. Опухоли мозга. Тр.клиники нервных болезней и нейрохирургии, 1958г.
455. ШИПИЦИН В.П. Хирургическая деятельность Соликамской земской больницы с 1/1-1908 по 1/VI-1909г. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии, № II, 1911.
456. ШИЛЬНИКОВ С.А. Смертность от злокачественных новообразований по г.Свердловску. Тр.научно-исследовательских институтов Облздравотдела. Сб.3, 1935, Свердловск.

457. ШИПЕРОВА Р.Я. Год работы Свердловского онкологического пункта. Тр. Свердловского государственного мединститута. Сб. 13, 1940.
458. ШИРОКОВА А.С. Развитие онкологической помощи на Северо-Кавказской железной дороге за 25 лет /1932-1957 гг/. Тр. 2-й Всесоюзной онкологической конференции врачебно-санитарной службы Северо-Кавказской ж.д. Ростов-на-Дону, 1958, с. 5-18.
459. ШОР Р.Н. Медицина в Пермской крае. Вестник общ. гиг. суд. и практ. медицины, 1905, 12, 1859-1863.
460. ШТЕЙНФЕЛЬД Л.П. О постановке медицины в Пермской губернии. Вестн. общ. гиг. суд. и практ. медицины, 1906, 6, 813-815.
461. ШУЛУТКО М.Л. Некоторые вопросы теории и практики пульмонологии. Вопросы пульмонологии, 1968, Свердловск.
462. ШУЛУТКО М.Л. О методике операции при раке легкого. Вопросы пульмонологии, 1968 г.
463. ШУЛЬМАН М.С. Развитие онкологических учреждений на Урале. Тр. научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей, 1962, вып. 2, г. Пермь, 1963, с. 382-384.
464. ШУЛЬМАН М.С. Л.М. Ратнер. Календарь-справочник по Свердловской области на 1968 г.
465. ШУЛЬМАН М.С.
СОСКИН Ю.Э. Лев Моисеевич Ратнер /к 80-летию со дня рождения/. Вопросы онкологии, № 6, 1968.
466. ШУЛЬМАН М.С. Отчет о работе научного общества онкологов Свердловска и Свердловской области за 1965 г. Вопросы онкологии, т. XIII, № 1, 1967.
467. ШУЛЬМАН М.С. Отчет о работе научного общества онкологов Свердловска и Свердловской области за 1967 г. Вопросы онкологии, № 8 1968 г.
468. ШТЕЙНФАЛЫ А.П. Медицинская помощь на горных заводах Пермской губернии. IX съезд врачей Пермской губернии, 1907 г.

469. ЭПШТЕЙН А.Л. Организационные основы ранней диагностики рака. Новости медицины. 21, изд. АМН, 1951.
470. ЭПШТЕЙН А.Л. Организация противораковой борьбы. В кн. "Злокачественные опухоли". Л., 1948, т. 2, 153-196.
471. ЯКОВСОН С.А. История земской хирургии Московской губернии. Новая хирургия, 1930, т. X, № 3.
472. ЯКОВСОН С.А. Старое и новое в хирургии. Хирургия, № 12, 1939, с. 11-17.
473. ЯКОВСОН С.А. Пироговские съезды врачей в истории русской хирургии. Хирургия, III, 1964, 152.
474. ЯСТРЕБОВ А.Ф. Рак, как проблема краевой патологии. В кн. Тезисы докладов научной конференции, посвященной 350-летию г. Томска. Томск, I, с. 45-46.

ПРИЛОЖЕНИЯ



Рис. 99 Проф. Л.М. Ратнер
(1886-1953 гг)

I. ОСНОВНЫЕ ДАТЫ ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФ. Л.М. РАТНЕРА

1. I6/УШ-1886г. -родился в г.Смоленске
2. 1905г. -окончил Смоленскую гимназию
3. 1910г. -окончил медицинский факультет Московского университета.
4. 1911-1914 гг -сверхштатный ординатор госпитальной хирургической и урологической клиники проф.Дзирне.
5. 1912 (5/Ш-20/Х) -научное усовершенствование по хирургии /Берлин/
6. 1914-1917 гг -младший, а затем старший ординатор госпиталя Северо-Западного фронта во время первой мировой войны.
7. 1917-1920 гг -глав.врач 667 сводного эвакуационного госпиталя.
8. 1920-1922 гг -заведующий хирургическим отделением Екатеринбургской городской больницы.
9. 1921-1925 гг -заведующий кафедрой пропедевтической хирургической клиники Уральского государственного университета.
10. 1922-1930 гг -заведующий 2-м хирургическим отделением областной больницы (г.Екатеринбург-Свердловск).
11. 1923-1930 гг -Председатель медицинского общества (г.Екатеринбург-Свердловск)
12. 1930-1951 гг -научный руководитель онкологической клиники Физинститута.
13. 1931-1953 гг -Председатель хирургического общества (г.Свердловск)
14. 1932-1937 гг -директор Уральского филиала Центрального института переливания крови.
15. 1934-1952 гг -заведующий кафедрой факультетской хирургии мединститута (г.Свердловск).
16. 1934 г. -утвержден высшей аттестационной комиссией Наркомздрава СССР в звании профессора.
17. 1936г.-19/1 -Постановление № 3307 Президиума Свердловского Облисполкома о проведении 25-летнего юбилея научной, врачебной и общественной деятельности.

18. 1938 г. - Член Правления Всесоюзной Ассоциации хирургов (избран на XXIV съезде хирургов).
19. 1938 г. - События на о.Хасан - консультант военного госпиталя.
20. 1939 г. - Финская кампания - научный руководитель большого госпиталя.
21. 1941-1946 гг. - Хирург-консультант санотдела УралВО, консультант больницы спецназначения (г.Свердловск).
22. 1942-1945 гг. - Консультант 4-х госпиталей, член методического бюро при УралВО, член Госпитального Совета.
23. 1942 г. - Награжден орденом Красной Звезды.
24. 1946 г. - Награжден медалью "За победу над Германией", медалью "За трудовую доблесть".
25. 1947 г. - Защищал успешно в Москве докторскую диссертацию на тему "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы".
26. 1947 г. - Награжден значком "Отличник здравоохранения".
27. 1947 г. - Выступил на Всесоюзной онкологической конференции в г.Ленинграде с докладом "Пути развития научной и практической работы Свердловской онкологической клиники".
28. 1949 г. - Вышла монография "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы".
29. 1951 г. - Научный руководитель и консультант Свердловского областного онкологического диспансера.
30. 1952 г. - Приказом Министра здравоохранения РСФСР освобожден от работы по состоянию здоровья.
31. 1953 г. - Смерть в г.Свердловске

Автобиография
Профессора Ратнер Лева Моисеевича
Родился в г. Смоленске 16^{го} Августа 1886^{го}
года в семье врача. В 1904^{ом} году окончил
Смоленскую гимназию, в 1910^{ом} Медицинскую
Академию Московского Императорского Ун-та. С
1911^{го} по 1914^{ый} году работал в качестве ассистента
в Военно-анatomической Хирургической и Гинекологической
Клинике проф. Овчарова. Во время этого
периода был в числе несвященной кадрами
командирован в Германию, где посещал кли-
ники проф. Бира, Шрайера, Крауса и других
и брал специальные курсы по анатомии и патоло-
гическим изменениям у проф. Гринберга и
по вскрытию трупов у доцента Кох. С началом
и до конца Императорской войны служил
в царской армии в Военно-анatomической Западной армии.
Сначала младшим, а затем старшим офицером
похорон. В июне 1918^{го} года был призван в
Красную Армию и назначен главным врачом
66^{ой} Сводной Инвалидской Хирургической
Воспитательной, прикомандированной к армии,
сражавшейся против Колчака. После демобили-
зации в феврале 1920 года занял должность
заведующего Хирургическим отделением
Свердловской (тогда была Екатеринбургской) город-
ской больницы, а позже открытого Медицинского
института в Свердловске. Был на кафедре Пропа-
ганды Хирургической Клиники, которую и за-

Рис. 100. Автобиография проф. Л. М. РАТНЕРА
(автограф)



Рис. 101. Свердловская онкологическая
клиника, 1939 г.
(третий слева - проф. Л.М. РАТНЕР)

2. СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ ПРОФ. Л.М.РАТНЕРА

1. К вопросу о консервативном лечении огнестрельных ранений брюшной полости. Труды I4 съезда хирургов - 1916 г.
2. Хирургические осложнения после сыпного тифа в свете современного учения о нем.
Уральское медицинское обозрение, № 1, 1922 г.
3. Нагноительные процессы околоушной железы после сыпного тифа.
Уральское медицинское обозрение, № 2-3, 1923 г.
4. Эпизодия у мужчин.
Уральское медицинское обозрение № 3-4, 1924 г.
5. Мысли по поводу вторичных перитонитов, преимущественно сыпнотифозных.
Вестник хирургии пограничных областей, 1925 г.
6. О саркомах тонких кишек.
Казанский медицинский журнал, № 1, 1925 г.
7. Излечим ли горбатый. /Научно-популярная статья/
Сборник Туберкулез, 1925 г.
8. Туберкулез и солнце. /Научно-популярная статья/. Там же.
9. О влиянии наркоза на почки.
Казанский медицинский журнал, № 4, 1926 г.
10. Следует ли зашивать наглухо общий желчный проток после удаления камня?
Новый хирургический архив, т.14, кн.53, 1927г.
11. О раке желудка и прямой кишки. /Брошюра/
Свердловск, 1928 г.
12. Памяти профессора Ямагивы.
Уральский медицинский журнал № 4, 1930 г.
13. контрреволюция в лечении аппендицита.
Новый хирургический архив, т.29, 1933 г.
14. Рак и культура.
Труды Свердловского физиотерапевтического института, № 1, 1933 г.
15. Лечение наиболее распространенных форм злокачественных новообразований.
Пермский медицинский журнал, 1933 г.
16. В защиту ранней операции при остром аппендиците.
Новый хирургический архив, т.34, 1935 г.



Рис.102. Свердловская онкологическая
клиника (1944 г.)

17. Несколько мыслей об общественной борьбе с раком женской половой сферы на Урале.
Труды института Свердловского облздравотдела, 1935 г.
18. Прекарциноматозы пищеварительного тракта.
Сборник "Проблемы онкологии", 1936 г.
19. Рак и рубцы. Там же.
20. Диагностические ошибки в онкологии /совместно с А.Н. Лебедевой/. Там же.
21. К клинике и терапии *fistula gastro-colica* (совместно с Э.В. Шарлаш).
Вестник хирургии и пограничных областей, № 4, 1936 г.
22. Случай *fistula gastro-colica* с промежуточной клоакой.
Вестник хирургии и пограничных областей, т.49, кн.151, 1936г.
23. Об ошибках в диагностике злокачественных опухолей.
Сборник им.Федорова, 1937 г. Свердловск.
24. Лизоксидативная карбонурия у раковых больных (совместно с Л.С. Ротфельд)
Клиническая медицина, № 4, 1937 г.
25. Итоги семилетней борьбы за улучшение результатов лечения злокачественных опухолей (совместно с А.Н. Лебедевой)
Труды Института Свердловского Облздравотдела, № 10, 1938г.
26. Гирудин, как консервант (совместно с Т.П. Гильберт)
Хирургия, № 7, 1938 г.
27. Поведение перелитых эритроцитов при некоторых заболеваниях (совместно с А.П. Бенедиктовой и А.В. Кирилловой)
Труды институтов Свердловского Облздравотдела, № 10, 1938г.
28. Диагностические ошибки при раке желудка (совместно с А.Н. Скобуновой).
Сборник Проблемы онкологии, 1939 г.
29. Диагностические ошибки при раке легких (совместно с С.А. Воротилкиным и А.М. Яковлевым). Там же.
30. Несколько мыслей об излечимости рака.
Проблемы онкологии, Свердловск, 1939 г.
31. Хондросаркома костей. Там же.
32. Об ампутации *intestinomina abdominalis*
Там же.
33. О первично-множественных опухолях (совместно с В.И. Воротилкиным). Там же.

34. Глубоко расположенные липомы и их рентгенодиагностика (совместно с С.А. Покровским). Там же.
35. Рак излечим. (Научно-популярная брошюра) (Совместно с А.Н. Лебедевой). Свердловск, 1940.
36. Проникающие ранения брюшной полости по материалам I-II империалистической войны в современном освещении. Труды госпиталей УралВО, Свердловск, 1941 г.
37. 30 рецензий: 4-е в Казанском медицинском журнале 1925-1928 гг 26 - в новом хирургическом архиве 1937-1941 гг.
38. Огнестрельные ранения брюшной полости и их отдаленные последствия. Труды госпиталей УралВО, 1941 г.
39. Травматические аневризмы артерий плечевого пояса и верхних конечностей. 14 том "Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг."
40. Сосудистый шов общей сонной артерии при аневризмах. Санитарная служба в дни Отечественной войны, № 1, 1942 г.
41. 100 операций травматических аневризм. Клиническая медицина, № 10, 1942 г.
42. Сульфамидная терапия и профилактика хирургических заболеваний и повреждений. Санитарная служба в Отечественной войне, № 2, 1943г.
43. Замечательный русский хирург С.И. Спасокукоцкий. Там же № 4, 1944 г.
44. Восстановительные операции травматической диафрагмальной грыжи. Там же, № 4, 1944 г.
45. Диагностические ошибки при раке грудной железы. Вопросы онкологии, 1944 г. № 8, Свердловск.
46. Рак и рубцы. Сборник Вопросы онкологии, 1944 г.
47. Язвы желудка и 12-ти перстной кишки в свете военно-врачебной экспертизы. Санитарная служба в Отечественной войне, № 8, 1945.
48. Отдаленные результаты огнестрельных ранений брюшной полости. Санитарная служба в Отечественной войне, № 8, 1945.
49. Памяти П.А. Герцена. Вестник хирургии и пограничных областей, 1947 г.
50. Памяти В.И. Мыша. Там же, 1948 г. Вестник хирургии и пограничных областей, 1948г.



Рис. 103. Сотрудники онкологической клиники
Слева направо — М.С. Шульман, Г.П. Гильберт,
Л.М. Ратнер, А.Н. Лебедева, М.П. Горюнова,
И.И. Конькова со стажерами, 1949 г.

51. Патолого-анатомические варианты травматических аневризм и их клиническое значение. В книге "Травматические аневризмы", Свердловск, 1948 г.
52. Травматические аневризмы в историческом аспекте. Там же.
53. 10 заповедей для врачей, лечащих травматические аневризмы. Там же.
54. Критическая оценка современных методов лечения травматических аневризм. Там же.
55. Исходы лечения травматических аневризм (совместно с Л.М. Проталинской). Там же.
56. Травматические аневризмы сонных артерий. Там же.
57. Мышечная тампонада при лечении травматических аневризм (совместно с И.Д. Корабельниковым). Там же.
58. 15 лет работы Свердловской онкологической клиники (совместно с А.Н. Лебедевой). Проблемы онкологии, 1948 г.
59. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы. (Монография), 1949 г. Свердловск.
60. Аневризмы безименной артерии. Труды хирургических отделений Свердловской областной больницы, 1951 г.
61. К вопросу об аневризмогенном сепсисе (совместно с О.М. Ведениной). Там же.
62. Расширенная операция рака слепой кишки. (Совместно с Н.П. Кожевниковой). Там же.
63. Видимые и осязаемые формы злокачественных опухолей и пути к улучшению их ранней диагностики. (Совместно с А.Н. Лебедевой) (рукопись), 1952 г.
64. Перспективы и пути современной химиотерапии рака. (Рукопись) 1952 г.
65. Об оперативном лечении рака шейного отдела пищевода (совместно с В.Я. Шиперовой) Вестник хирургии им. И.И. Грекова, № I, т. 72, 1952 г. с. 30-34.

3. СПИСОК

диссертаций, выполненных под непосредственным руководством

профессора Л.М. РАТНЕРА

Докторские диссертации:

1. ГЕКТИН Ф.Л. Избранные главы из области кожной пластики.
2. ГОРЮНОВА М.П. Закономерности прямого распространения и метастазирования злокачественных опухолей (специальная часть)
3. КОРАБЕЛЬНИКОВ И.Д. Травматические диафрагмальные грыжи.
4. ЛЕБЕДЕВА А.Н. Злокачественные опухоли яичников и их лечение.
5. ОЛЕШКЕВИЧ И.Б. Желудочно-ободочно-кишечный свищ в клинике и эксперименте.
6. ПОКРОВСКИЙ С.А. Рентгенодиагностика опухолей костей.
7. СКОБУНОВА А.Н. Пути к ранней диагностике рака желудка
8. ШУЛЬМАН М.С. Электрохирургическая резекция при раке желудка.

Кандидатские диссертации:

1. БОГАТОВ А.М. Аневризмы подключичной артерии
2. ВЕДЕНИНА О.М. Фиброзно-кистозная мастоптия и рак грудной железы.
3. ВИТКИН С.Ф. Моторная функция резецированного желудка.
4. ГИЛЬБЕРТ Г.П. Маммография и её роль в диагностике рака грудной железы.
5. ГОРЮНОВА М.П. Закономерности прямого распространения и метастазирования злокачественных опухолей (общая часть).
6. КАВТРЕВА А.М. Критическая оценка операции язвы желудка и 12-и перстной кишки.

Врачи клиники
защитившие
докторские
диссертации



А. М. Райтсер



А. Н. Лашин



М. В. Шуловчан



Н. Т. Горюнова

- | | |
|------------------------|--|
| 7. КОНЫЛОВА И. И. | Рак нижней губы и его лечение |
| 8. ЛЕБЕДЕВА А. Н. | Результаты лечения рака матки лучистой энергией. |
| 9. НАФТОЛЬЕВ Я. А. | Характеристика злокачественной опухоли Браунс-Пирс. |
| 10. ПРОТАЛИНСКАЯ Л. М. | Травматические аневризмы и их лечение. |
| 11. СКОБУНОВА А. Н. | Рак и предрак желудка в клинико-анатомическом освещении |
| 12. ХАЙНОВСКИЙ Н. У. | Операция удаления нижней конечности с половиной таза при злокачественных новообразованиях. |
| 13. ШАДРИНА М. В. | Завалы толстых кишек. |
| 14. ШИПЕРОВА Р. Я. | Рак шейного отдела пищевода и его лечение. |
| 15. ШУЛЬМАН М. С. | Электрохирургические методы лечения злокачественных новообразований. |



А. Н. Лебедева



М. В. Шулман



М. Т. Горонова

Врачи онкологической
клиники защитившие кандидат-
ские диссертации.



Н. Н. Комолова



Р. А. Широкова



Т. П. Фомина

4. ТЕМАТИКА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ
ОНКОЛОГОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Онкологические конференции врачей
Свердловской области
(в хронологическом порядке)

I - 1936 г.	VI - 1950 г.
II - 1937 г.	VII - 1952 г.
III -	VIII - 1955 г.
IV - 1941 г.	IX - 1960 г.
V - 1948 г.	X - 1966 г.

I-я онкологическая конференция врачей
г.Свердловска и Свердловской области х)
20-23/III-1936 г.

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Вступительное слово - зав. облздравотделом - КОНОВАЛОВ.
2. Проф. Л.М. РАТНЕР и врач БЕНЕДИКТОВА
Ближайшие организационные задачи противораковой борьбы
в Свердловской области.
3. Проф. ГУЗИКОВ (г.Пермь)
Пермская раковая станция, её настоящее и будущее.
4. Проф. И.И. МЕДВЕДЕВ (г.Свердловск)
Роль патолого-анатома в противораковой борьбе.
5. Проф. Л.М. РАТНЕР
Диагностические ошибки в онкологии.
6. А.Н. СКОБУНОВА (г.Свердловск).
Причины позднего обращения больных раком желудка.
7. Бенедиктова. Причины позднего обращения больных раком
матки.

х) Вопросы онкологии, № 2, 1936 г.

8. ШАРЛАШ . Причины позднего обращения больных раком грудной железы.
9. КОЗА (Пермь). Данные патолого-гистологического исследования опухолей за 4 года в г.Перми.
10. КОЗА (Пермь). О методах быстроты гистологического исследования и ценность их в онкологической диагностике.
11. М.П. ГОРЮНОВА (г.Свердловск).
Законы метастазирования при злокачественных опухолях и их практическое значение для хирургов.
12. В.Н. ПАРИН (г.Пермь). Рак Фатерова сосочка.
13. А.Н. ЛЕБЕДЕВА (г.Свердловск).
Результаты 5-летнего лечения лучистой энергией рака матки по материалам онкологической клиники Свердловского физио-терапевтического института.
14. РУЗИКОВ (г.Пермь). Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака матки.
15. И.Н. НАЗАРОВ (г.Свердловск). Оценка различных методов лечения рака кожи.
16. М.С. ШУЛЬМАН. Диатермические операции при злокачественных новообразованиях.
17. Л.М. РАТНЕР. Проканкрези пищеварительного тракта.

2-я онкологическая конференция врачей г.Свердловска
и Свердловской области
13-16 июня 1937 г.

Президиум: проф. БРУСКИН, проф. РАТНЕР, проф. МЕДВЕДЕВ,
проф. ЛИДСКИЙ, доктора: ВИТКИН и СУШКОВ.

ПОВЕСТКА ДНЯ:

13 июня - председатель проф. Брускин.

1. Профессор Брускин (Москва).
Общественная и государственная борьба со злокачественными новообразованиями в СССР.
2. Доктор БЕНЕДИКТОВА (г.Свердловск).
Смертность от рака по городу Свердловску за 1933-1935 гг.

3. Профессор Л.М. РАТНЕР (Свердловск)
Об излечимости рака по данным иностранных авторов.

14 июня - председатель проф. МЕДВЕДЕВ

1. ЮДЕЛЕС (Свердловск)
Обмен веществ при злокачественных новообразованиях.
2. НАФТОЛЬЕВ (Свердловск)
К характеристике Браун-Пирсовского рака
3. ХАЮТИН (Свердловск)
Браун-Пирсовский рак в глазу.
4. М.П. ГОРЮНОВА (Свердловск)
Дальнейшее наблюдение над закономерностями метастазирования при злокачественных опухолях.
5. Профессор БРУСКИН (Москва)
Закономерности метастазирования при злокачественных опухолях.
6. Профессор Л.М. РАТНЕР и доктор ВОРОТИЛКИН (Свердловск)
Множественные первичные опухоли.

15 июня - председатель проф. ЛИДСКИЙ А.Т.

1. Доктор ШУЛЬМАН (Свердловск)
Электрохирургия в онкологии (экспериментально-клиническое исследование).
2. Профессор БРУСКИН (Москва)
Электрохирургия в онкологии.
3. ОЛЕШКЕВИЧ (Свердловск)
Об изменении микрофлоры при раке матки с помощью электрокоагуляции.
4. ЛЕБЕДЕВА (Свердловск)
Клинико-морфологические параллели при опухолях яичников.
5. Профессор Л.М. РАТНЕР (Свердловск)
Дальнейшие наблюдения над хондро-саркомами костей.

16 июня - председатель проф. БРУСКИН (Москва)

1. НАЗАРОВ (Свердловск)
Демонстрация больных.
2. Профессор ЛИДСКИЙ (Свердловск)
Демонстрация больных.
3. ВОРОТИЛКИН (Свердловск)
Демонстрация больных

4. ДЕВЯТОВ (Свердловск)
Остеомиелит или саркома

В 1948 г. (I4-I7/X) состоялась У межобластная онкологическая конференция врачей г.Свердловска и Свердловской области.

- ПРЕЗИДИУМ:
1. АНТРОПОВА Т.А. - инструктор Свердловского Обкома КПСС
 2. АРХИПЕНКО Н.И. - глав.врач Свердловского городского онкологического диспансера
 3. Проф.БЕРГОЛЬЦ (Москва)
 4. БЕЗУГЛОВ В.Т. - Зам.председателя Облсполкома
 5. ВИШНЕВСКИЙ В.Л. - Зав.Свердловским Облздравотделом.
 6. ВОРОЖЦОВА Е.Д. - глав.акушер-гинеколог Облздравотдела
 7. ДЫМАРСКИЙ Л.Ю. - старший научный сотрудник института онкологии АМН СССР (г.Ленинград)
 8. Проф.ЛИДСКИЙ А.Т. (г.Свердловск)
 9. МЯСНИКОВ А.И. - Свердловский Обком КПСС
 10. МИЛЮТИНА Е.И. - Зав.Свердловским Горздравотделом
 11. МАСЛОВ - Председатель Обкома Кр.Креста
 12. Проф. НОВИКОВА Л.А. (г.Москва)
 13. ПРОТАЛИНСКАЯ Л.М. - гл.хирург Свердловского Облздравотдела.
 14. Проф. РАТНЕР Л.М. (г.Свердловск)
 15. РАКИТИНА - главный врач Краснотурьинского горонко диспансера
 16. ТЕПЛОУХОВА Ф.М. - главный врач Облонкодиспансера.
 17. ТОНКОНОГОВ Д.А. - глав.врач Н-Тагильского горонкодиспансера.
 18. ХАРЧЕНКО - онколог г.Камышлова
 19. Доктор мед.наук ШУЛЬМАН М.С. (г.Свердловск)

ПОВЕСТКАЯ ДНЯ:

- 14/X - 1. Проф. РАТНЕР Л.М. (г.Свердловск) - Вступительное слово
2. Ст. научн. сотрудник
М.С. ШУЛЬМАН
(г.Свердловск) - Состояние онкологической помощи в г.Свердловске
3. Проф. ПОКРОВСКИЙ С.А. (г.Свердловск)
- Состояние рентгенологической помощи в Свердловской области и задачи рентгенологического дела.
4. Проф. ЭПШТЕЙН А.А. (г.Ленинград) -
- Эффективность профилактических онкологических осмотров.
5. Ст. научн. сотрудник
ГИЛБЕРТ Г.П.
(г.Свердловск) - Анализ смертности от злокачественных новообразований в г.Свердловске за 12 лет.

15 октября

Утреннее заседание

Онкологическая секция

1. Доц. ЗБАРСКИЙ И.Б. (Москва) Аминокислотный состав белков злокачественных опухолей и нормальных органов человека.
2. Проф. ЮДЕЛИС А.Л.
научный сотрудник
КАЧАНОВА С.Г.
(г.Свердловск) Особенности ферментативных превращений в изолированной крови при заболевании раком.
3. Научный сотрудник
КАЧАНОВА С.Г.
(г.Свердловск) Канцерогенное действие 9,10 - диметил, 1-2 - бензантрацена и отношение к нему отдельных соединений.
4. К.М.Н. КАЗАНЦЕВА и
научный сотрудник
КАЧАНОВА С.Г.
(г.Свердловск) Митогенетический режим крови при смазывании:
9,10 - диметил, 1,2 - бензантраценом и испытываемыми на антиканцерогенность соединениями.

- | | |
|---|--|
| 5. Проф. МАНУЙЛОВ А.И.
доц. СТЕПАНЕНКО А.С.
(г.Омск) | Состояние активности некоторых ферментов в гомогенизатах органов в процессе инкубации их с канцерогеном. |
| 6. Доц. СТЕПАНЕНКО А.Р.
научный сотрудник
ГРУЗДЕВА К.Н.
(г.Омск) | Редукционный показатель гомогенизатов печени при действии канцерогена. |
| 7. Научный сотрудник
МЕЗЕНЦЕВ А.И.
(г.Свердловск) | Влияние физио-терапевтических процедур в клинике и в эксперименте на бластоматозный рост. |

15 октября - Утреннее заседание

Рентгенологическая секция

- | | |
|--|--|
| 1. Ст.научный сотрудник
ЛЕБЕДЕВА А.Н. | Показания и противопоказания к лучевой терапии при злокачественных новообразованиях. |
| 2. К.и.н. ЯКОВЛЕВ А.Я.
(г.Пермь) | Состояние рентгенологической помощи в Пермской области. |
| 3. НИКОЛАЙЧУК А.С.
(г.Ижевск) | Состояние рентгенологической помощи в Удмуртской АССР. |
| 4. Д-р ДУРНОВА Н.Г.
(г.Киров) | Состояние рентгенологической помощи в Кировской области. |
| 5. Д-р ТУЛЬЧИНСКИЙ С.И.
(г.Курган) | Состояние рентгенологической помощи в Курганской области. |
| 6. Д-р ПЛИСЦКИЙ
(г.Омск) | Состояние рентгенологической помощи в Омской области. |
| 7. Сотр. КАРЖАВИН В.Ф.
(г.Свердловск) | Установки и эксплуатация новых рентгеновских аппаратов. |

15 октября - Вечернее заседание

- | | |
|--|--|
| 1. Научн.сотрудник
ПИИЕРОВА Р.Я.
(г.Свердловск) | К технике оперативного удаления шейного отдела пищевода. |
| 2. Ст.научный сотрудник
ЕЛИКИН М.И.
научн.сотрудник
ВАСЕЧКИН П.А.
(г.Свердловск) | Источники ошибок в рентгенодиагностике рака желудка. |

- | | |
|--|--|
| 3. Ст.научный сотрудник
ГОРЮНОВА М.П.
(г.Свердловск) | Закономерности метасизирования
рака желудка и их клиническое
значение. |
| 4. Доц.СКОБУНОВА А.Н.
(г.Свердловск) | Теоретические и практические обо-
снования профилактики рака желудка. |
| 5. Ст.научный сотрудник
ШУЛЬМАН М.С.
(г.Свердловск) | Асептическая электрохирургическая
редакция желудка, в условиях экс-
перимента. |

16 октября - Утреннее заседание

Онкологическая секция

- | | |
|--|---|
| 1. Д-р ТЕПЛОУХОВА Ф.М.
(г.Свердловск) | Работа Свердловского Облонко-
диспансера и его перспективы. |
| 2. Д-р ДРОЗОВА
(Челябинск) | Состояние онкологической помощи в
Челябинской области. |
| 3. ШЕЛУДЧЕНКО
(г.Пермь) | Состояние онкологической помощи в
Пермской области. |
| 4. К.М.Н.
КАЧАЛОВА В.Ф.
(г.Тюмень) | Состояние онкологической помощи в
Тюменской области. |
| 5. Д-р КЕРНЕР М.А.
(Курган) | Состояние онкологической помощи в
Курганской области. |
| 6. Д-р ПЕРЕЛЯЕВА А.В.
(г.Н-Тарил) | Состояние онкологической помощи
в г.Н-Тариле. |
| 7. Д-р ЗАХАРОВ А.Н.
(Тюмень) | Расхождение патолого-анатомических
и клинических диагнозов больных,
умерших от злокачественных новооб-
разований в г.Тюмени за 15 лет. |
| 8. ДШАХАДЗЕ
(г.Алапаевск) | Отчет о работе онкопункта в
г.Алапаевске. |

16 октября - Утреннее заседание

Рентгенологическая секция

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Доц.ВОДОНОС Н.Л. | Патогистологическая анатомия ле-
гочного туберкулеза. |
|---------------------|--|

2. Проф. НОДОВ А.И. Патологическая анатомия силикоза.
(Свердловск)
3. к.м.н. ИЛЪЯШЕВ Л.И. Рентгенодиагностика силикоза.
(Свердловск)
4. к.м.н. ГОРБОВИЦКИЙ С.Е. Рентгенодиагностика силико-
(Свердловск) туберкулеза.
5. Ст.науч.Сотрудник Диагностическое значение флюорогра-
ЯКОВЛЕВ Л.И. фии грудной клетки.
(Свердловск)
6. к.м.н. Опыт флюорографических обследований
ГОРБОВИЦКИЙ С.Е. и его перспективы
(Свердловск)
7. Проф. ГОЛЬФАРБ И. Новые модели бронхоскопа.
(Ижевск)

17 октября - Утреннее заседание

1. Ст.научн.сотрудник Пути к уменьшению смертности от
ЛЕБЕДЕВА А.И. злокачественных опухолей яичников.
(Свердловск)
2. Проф. РАТНЕР Л.М. Пути к ранней диагностике рака
(Свердловск) грудной железы.
3. к.м.н. Хроническая кистозно-фиброзная
ВЕДЕНИНА О.М. мастопатия и её отношение к раку.
(Свердловск)
4. Ст.научн.сотрудник Дальнейшие наблюдения над данными
ИЛЬБЕРТ Г.П. маммографии.
(г.Свердловск)
5. Проф. ПОКРОВСКИЙ С.А. Рентгенодиагностика костных метас-
(г.Свердловск) тазов при раке грудной железы.
6. Ст.научн.сотрудник Лучевая терапия рака шейки
НОВИКОВА Л.А. матки.
(Москва)

17 октября - Вечернее заседание

1. Проф. РУДАСОВ Н.Ф. К вопросу о рецидивах рака нижней
(Ижевск) губы.

- | | |
|---|---|
| 2. Научный сотрудник
КОПЫЛОВА И.И.
(Свердловск) | Лечение рака нижней губы по материалам Свердловской онкологической клиники. |
| 3. Проф. ОЖЕРЕЛЬЕВА Л.А.
(Горький) | Клиника и лечение злокачественных опухолей верхней челюсти. |

На областной онкологической конференции, которая состоялась в апреле мес. 1950 г присутствовало 79 чел. из районов области и 68 чел из г.Свердловска. В течение 2-х дней состоялось 4 заседания.

19/IV

1. Вступительное слово проф. Л.М. РАТНЕРА.

2. Анализ работы онкологических кабинетов Свердловской области за 1949 г и задачи на 1950 г. Д-р ТЕПЛОУХОВА Ф.М.

3. Роль профилактических осмотров при онкологических заболеваниях, д-р Рыскина Л.М.

4. Состояние онкологической работы. Доклады из онкопунктов г.г. Серова, Краснотурьинска, Ирбита, Камышлова, Карпинска, И-Тагила, Первоуральска.

20/IV (утреннее заседание)

1. Пути современной онкологии. Проф. Л.М. РАТНЕР.

2. Причины запущенности рака прямой кишки. Доктор мед.наук М.С. ШУЛЬМАН.

3. Современные методы распознавания и лечения рака матки. Д-р мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

4. Основные принципы распознавания и лечения рака, предрака кожи, н/губы. Канд.мед.наук И.И. КОПЫЛОВА.

5. Основные принципы диагностики предраковых заболеваний и рака молочной железы. Поведение практического врача в различных стадиях заболевания. Канд.мед.наук Г.П. Гильберт.

20/IV (вечернее заседание)

1. Ранняя диагностика различных локализаций рака пищевода и гортани. Канд. мед.наук Р.Я. Шиперова.

2. Ранняя диагностика и профилактика рака желудка. Доктор мед.наук А.Н. Скобунова.

3. Показания и противопоказания к лечению лучистой энергией. Доктор мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

Согласно приказа Свердловского областного отдела здравоохранения за № 1316 от 3/IX-52г - 18-22/х-1952г в Свердловске состоялась очередная областная онкологическая конференция.

Избран Оргкомитет в составе: председатель - зам.зав. Облздравотделом ВИШНЕВСКИЙ В.Л., заместитель - ТЕПЛОУХОВА Ф.М., главврач Облонкодиспансера. Члены: проф. РАТНЕР Л.М., проф. ЛИДСКИЙ А.Т., доктор мед.наук ЛЕБЕДЕВА А.Н., доктор мед.наук ШУЛЬМАН М.С., гл.хирург области ПРОТАЛИНСКАЯ Л.М., главный врач Горонкодиспансера О.Д. ТРЕЛЬСКАЯ, Главврач Областной больницы ЛЕВЧЕНКО М.С., канд.мед.наук КОПЫЛОВА И.И.

I заседание. Организационная часть

1. Вступительное слово. ВИШНЕВСКИЙ Л.В. - Зам.зав.Облздравотделом.
2. Задачи организации противораковой борьбы в свете постановления Совета Министров РСФСР № 646 и приказа Министра здравоохранения СССР и РСФСР № 164 и 414. Канд.мед.наук Н.С. АЛТЫШУЛЕР (Москва).
3. Состояние онкологической помощи в Свердловской области. Зам.Зав.Облздравотделом ВИШНЕВСКИЙ Л.В.
4. Основные выводы для практических врачей после сессии Госонкол.института. Доктор мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.
5. О профилактических осмотрах в Свердловской области Ф.М. ТЕПЛОУХОВА.

Научная часть. I-е заседание

1. Пути и задачи современной онкологии в свете учения И.П. ПАВЛОВА. Проф. Л.М.РАТНЕР.
2. Морфологические особенности рака грудной железы и их оценка в свете учения И.П. ПАВЛОВА. Канд.мед.наук О.М.ВЕДЕНИНА.
3. Реактивные явления в злокачественных опухолях после лечения лучистой энергией. Доктор мед.наук М.И. ГОРЮНОВА и С.В.ТЕРЕХОВА.
4. О возникновении экспериментальной саркомы из внеклеточного вещества. В.М. ЛУМОВА.
5. Морфологические варианты злокачественных опухолей почек и клинико-анатомические соотношения при них. Е.В. ЭРШОН.

2-е заседание: 1. Запущенные случаи злокачественных опухолей по материалам Свердловского областного онкодиспансера. О.А. МАТВЕЕВА.

2. Запущенные случаи злокачественных опухолей по материалам Свердловского Гор.онкодиспансера. О.Д. ТРЕЛЬСКАЯ.

3. Запущенные случаи злокачественных опухолей по материалам Краснотурьинского района. Е.Ф. ЗОБНИН.

4. Видимые и осязаемые формы злокачественных опухолей и пути к улучшению результатов лечения. Проф. Л.М.РАТНЕР и доктор мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

5. Как уменьшить процент запущенности рака желудка. Канд. мед. наук Р.Я. ШИПЕРОВА.

6. Современная и своевременная рентгенодиагностика рака желудка. З.Е. КОМАРОВА.

7. Запущенные случаи рака желудка по Серовскому району. А.С. ДЕНИСОВ.

3-е заседание. I. Лечение рака век. Канд. мед. наук КОПЫЛОВА И.И.

2. Современные методы лечения рака верхней челюсти. Доктор мед. наук М.С. ШУЛЬМАН.

3. Лечение опухолей н/челюсти. Доц. И.И. БУТИКОВА.

4. Экспериментальные обоснования к операции удаления рака желудка вместе с поперечно-ободочной кишкой. К.Я. ЧУПРАКОВА.

5. Зависимость оперативного вмешательства при раке желудка от патолого-анатомических особенностей опухоли. Доктор мед. наук М.П. ГОРЮНОВА.

6. Новая модификация операции при раке слепой кишки. И.П. КОКЕВНИКОВА.

7. Роль цитологического исследования в диагностике злокачественных опухолей. С.Б. ТЕРЕХОВА.

4-е заседание. I. Как уменьшить процент запущенности при раке легких. Доктор мед. наук М.С. ШУЛЬМАН.

2. Критическая оценка основных методов рентгенодиагностики. Канд. мед. наук М.И. ГЛИКИН.

3. Критическая оценка отдаленных результатов лечения рака женской половой сферы - доктор мед. наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

4. Лечение рака шейки матки у беременных - В.С. ГЛУЗМАН.

5. Пиометра как осложнение рака матки. АРХАНГЕЛЬСКАЯ И.А.

13-16/IV-1955 г. состоялась УШ Свердловская областная онкологическая конференция.

Организационные вопросы. I-е заседание:

1. Вступительное слово зав. Облздравом В.Л. ВИШНЕВСКОГО.

2. Успехи и недочеты в организации противораковой борьбы в РСФСР и дальнейшие неотложные задачи в работе онкологических учреждений РСФСР. Проф. И.С. МАЛИНОВСКИЙ (Москва).

3. Состояние и перспективы развития онкологической помощи в Свердловской области. Зав. Облздравотделом В.Л. ВИШНЕВСКИЙ.

4. Роль профилактических осмотров в противораковой борьбе.
гл.врач онкодиспансера Ф.М. ТЕПЛОУХОВА.

2-е заседание:

1. Совпадение и расхождение клинических диагнозов онкологических заболеваний по данным онкодиспансера.
О.А. МАТВЕЕВА.

2. Роль патолого-анатомической службы в онкологии. Доктор мед.наук М.П. ГОРЮНОВА.

3. Состояние онкологической помощи в районах: Н-Тагил - Д.А. ТОНКОНОГОВ, Серов - Н.И. ТРЕЧИННИН, Каменск-Уральский - С.М. ЖИРЛИНСКИЙ, Ирбит - Д.И. МАЛЫГИН, Красноуральск - Б.Н. МИХАЙЛОВ, Камышлов - С.Л. ХАРЧЕНКО.

3-е заседание:

1. Современное состояние вопросов этиопатогенеза злокачественных опухолей. Т.И. АВДЕЕВ (Москва).

2. Диагностика и лечение рака легких. Доктор мед.наук М.С. ШУЛЬМАН.

3. Учащается ли рак легкого. Врач Т.П. ШЕЛОМОВА.

4. Рентгенодиагностика рака легких. Областной рентгенолог И.Б. КИВЕЛЬ.

5. Доброкачественные опухоли и кисты средостения (собственный материал). Доктор мед.наук М.С. ШУЛЬМАН.

4-е заседание:

1. Некоторые вопросы трансторакальной хирургии кардии Чл.корр. Акад.мед.наук проф. А.Т. ЛИДСКИЙ.

2. Отдаленные результаты лечения рака желудка по материалам Свердловского областного онкодиспансера. Доктор мед.наук М.С. ШУЛЬМАН.

3. Отдаленные результаты оперативного лечения рака желудка. (По материалам Горонкодиспансера) Б.Р. КОХАН.

4. Непосредственные результаты лечения рака желудка по материалам Н-Тагильского онкодиспансера. ФИЛИПОВА.

5. О границах резекции желудка при раке (предварительное сообщение) О.Д. ТРЕЛЬСКАЯ.

6. Рентгенологические ошибки в диагностике рака желудка. З.Е. КОМАРОВА.

5-е заседание

1. Лучевая болезнь. Доктор мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

2. Патологическая анатомия лучевых повреждений. Н.И. ЗУБАРЕВ.

3. Комбинированный метод лечения рака шейки матки.
Л.А.НОВИКОВА (Москва).
4. Диагностика и лечение предраковых заболеваний шейки матки. И.А. АРХАНГЕЛЬСКАЯ.
5. Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалу Челябинского облонкодиспансера. А.Г. ВОРОВЬЕВ.
6. Диагностические ошибки в распознавании опухолей яичников. Доктор мед.наук. А.Н. ЛЕБЕДЕВА.
7. Диагностические ошибки хориоэпителиом матки.
И.М. МОИЛОВА.
8. Клиническая картина рака шейки матки в сочетании с беременностью. В.С. ГЛУЗМАН.

6-е заседание:

1. Современное состояние вопросов диагностики и лечения рака молочной железы. Канд.мед.наук И.И. КОПЫЛОВА.
2. Отдаленные результаты радикальных операций при раке молочной железы. Б.Р. Кахан.
3. Рак и предрак языка и опухоль глоточного кольца. В.И. Матвеева.
4. Рак щитовидной железы. Канд.мед.наук В.И. ЛУМПОВА.
5. Диагностика и лечение лимфогранулематоза. Е.В.ЕВСТЮХИНА.
6. Роль цитологического исследования в диагностике опухолей.
С.Б. ТЕРЕХОВА.
7. Причины позднего распознавания рака прямой кишки.
Л.Е. ШПЕХТ.

С 4-го по 7-е октября 1960 г. в г.Свердловске состоялась очередная областная научно-практическая онкологическая конференция с программой:

1-й день:

1. Вступительное слово - Зав.Свердл.Облздравотделом
В.Л. ВИШНЕВСКИЙ.
2. Состояние и задачи онкологической помощи в Свердловской области. Гл.врач Облонкодиспансера ТЕПЛОУХОВА Ф.М.
3. Состояние онкологической помощи в г.Свердловске. Гл.врач Горонкодиспансера АРХИПЕНКО Н.И.
4. Состояние онкологической помощи в И-Татиле. Засл. врач республики гл.врач И-Татильского Горонкодиспансера ТОНКОНОГОВ Д.А.
5. Состояние онкологической помощи в Краснотурьинске.
Гл.врач Краснотурьинского Горонкодиспансера РАКИТИНА Т.И.

6. Роль профилактических осмотров в онкологии. Зав. оргметод-кабинетом Облонкодиспансера БЕЛОУС Т.К.

7. Роль смотровых женских кабинетов в раннем выявлении злокачественных новообразований женской половой сферы. Гл. акушер гинеколог Свердл. Облздравотдела, заслужен. врач республики канд. мед. наук БОРОДЦОВА Е.Д.

8. Анализ запущенных случаев злокачественных опухолей по данным Свердловского Облонкодиспансера. Гл. хирург Свердл. Облздравотдела, засл. врач РСФСР канд. мед. наук ПРОТАЛНСКАЯ Л.М.

9. Фиксированные прения: Н.В. ПОЛЬ (Челябинск).

2-й день:

1. К вопросу об онкологии и патогенезе злокачественных опухолей. Доктор мед. наук ГОРОДИЛОВА В.В. (Москва).

2. Явления метастазирования опухолевых и неопухолевых тканей. Проф. Д.М. ГОЛОВИН. (Ленинград).

3. Принципы, современные методы и пути развития лучевой терапии в лечении больных злокачественными опухолями. Проф. Р.М. Гольдштейн. (Ленинград).

4. Новое в химиотерапии рака. Проф. ЛАРИОНОВ (Москва).

5. К вопросу о краевых особенностях распространения рака в РСФСР. Ст. научн. сотр. ЦГОИ Е.В. Козлова. (Москва).

6. К методике изучения краевых особенностей распространения злокачественных опухолей в промышленных районах. Ст. научн. сотр. института онкологии АМН СССР А.В. Чаклин (Ленинград).

Вечернее заседание:

1. Нерешенные вопросы большой проблемы (рак легкого). Член корр. АМН СССР засл. деятель наук РСФСР проф. А.Т. ЛИДСКИЙ.

2. Рак легких и пневмония (клинико-статистическое исследование). Ст. научн. сотрудник института онкологии АМН СССР К.А. ПАВЛОВ. (Ленинград).

3. Клинико-рентгенологические параллели при раке легкого. Врач П.В. КРОШИНА.

4. Ангиография в диагностике рака бронха. Ст. научн. сотрудник ПАВЛОВ К.А. (Ленинград).

5. Цитодиагностика рака легкого. Врач Л.Г. ПАШКИНА.

6. Хирургия рака легкого. Доцент ШЕЛОМОВА Т.П.

7. Лучевое лечение рака легкого. Врач ШМАЧКОВА.

8. Морфологические особенности рака легких. Кад. мед. наук БЕЛЕНКОВ А.Я. Врач МЕЛЬНИКОВ Д.Н. (Челябинск).

3-й день. Утреннее заседание

1. Рак желудка и анализ причин его запущенности. Доктор мед. наук М.С. ШУЛЬМАН.
2. Рентгенодиагностика рака желудка. Гл. рентгенолог области врач ИВАНОВ П.В.
3. Границы резекции желудка при раке. Врач ТРЕТЬЯКОВА О.Д.
4. Судьба больных, оперированных по поводу рака желудка по материалам Облонкодиспансера. Доктор мед. наук М.С. ШУЛЬМАН.
5. Оперативное лечение рака кардиального отдела желудка (по материалам ОКБ № 1 за 10 лет). Врач БАКЕТОВА Е.Р.
6. Радикальные операции при раке желудка с прямым анастомозированием пищевода и желудка с двенадцатиперстной кишкой. Врач СВИРИДОВ И.М. (Челябинск).

Вечернее заседание:

1. Современное состояние вопроса диагностики и лечения злокачественных опухолей матки и яичников. Проф. ПОЛИКОВА Л.А. (Москва).
2. Предраки шейки матки и их лечение. Врач СОЛОВЬЕВА Н.И.
3. Отдаленные результаты хирургического лечения рака шейки матки (по материалам Облонкодиспансера). Врач АРХАНГЕЛЬСКАЯ И.А.
4. Отдаленные результаты хирургического лечения рака яичников (по материалам Облонкодиспансера). Врач В.С. ГАУЗМАН.
5. Цитодиагностика при раке шейки матки. Врач ПАШКИНА.
6. Отдаленные результаты лечения рака молочной железы (по материалам Облонкодиспансера). Врач МАТВЕЕВА О.А.
7. Наш опыт лечения рака молочной железы. Врач А.Н. РАКИТИНА. (г. Краснотурьинск).
8. Закономерности метастазирования рака молочной железы в регионарные лимфатические узлы. Науч. сотрудник ин-та онкологии АМН СССР. А.Ю. ДЕМАРСКИЙ (Ленинград).

4-й день. Утреннее заседание

1. Первично-множественные раки (по данным Облонкодиспансера) Канд. мед. наук КОПЫЛОВА И.И.
2. Первично-множественные раки (по данным Челябинского Облонкодиспансера). Врач АНИЩЕНКО (Челябинск).
3. Метастазирование злокачественных опухолей в центральную нервную систему. Доктор мед. наук И.И. ГОРДОНОВА.

4. Цитология в диагностике злокачественных опухолей. Врач ТЕРЕХОВА С.Б.

5. Наш опыт лечения злокачественных опухолей близкофокусной рентгенотерапией. Врач Н.Д. ОСТАПЧУК.

6. К вопросу о лучевом лечении ангиом. МАТВЕЕВА О.А.

7. Состояние патогистологической службы в Свердловской области. Проф. НОДОВ Н.И.

В июне 1966 года состоялась X научно-практическая онкологическая конференция (см. III главу диссертации).

9-10 июля 1951 г. проведена научная конференция молодых онкологов. В конференции наряду с работниками диспансера приняли участие врачи городского диспансера и областной больницы.

9/УП

1. О возможности возникновения злокачественной опухоли из живого белкового вещества. ЛУМПОВА В.М.

2. О метастазировании злокачественных опухолей почек. ЭРШОН Е.В.

3. О предрасположении и клинико-анатомических параллелях при опухолях щитовидной железы. АРХАНГЕЛЬСКИЙ Н.И.

4. О современных взглядах на строение брюшины в связи с вопросом оперативного удаления опухолей брюшной стенки. ГАЛЬПЕРИН В.А.

5. О гистогенезе опухолей брюшной стенки. МАТВЕЕВА О.А.

10/УП

1. ПИометра как осложнение рака матки. АРХАНГЕЛЬСКАЯ И.А.

2. Об опухолях крестца и крестцовой области. САЛУНОВА В.И.

3. Дальнейшие наблюдения над цитодиагностикой. ГРЯЗНОВА И.Н.

4. Радикальная операция рака слепой кишки. КОЖЕВНИКОВА И.П.

5. О раке желудка с переходом на поперечно-ободочную кишку. ЧУПРАКОВА И.Н.

В 1952 г. состоялась областная онкологическая конференция в г. Кургане со следующей программой:

1. Пути и направления современной онкологии в свете учения И.П. ПАВЛОВА - проф. Л.М. РАТНЕР.

2. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Доктор мед. наук ЛЕБЕДЕВА А.Н.

3. Клиника и хирургическое лечение рака желудка. Доктор мед. наук ШУЛЬМАН М.С.

4. Пути к ранней диагностике рака грудной железы. Проф. Л.М. РАТНЕР.

5. Клиника, диагностика и лечение рака легких. Доктор мед. наук ШУЛЬМАН.

6. Предраки и рак шейки матки. Диагностика и лечение. Доктор мед. наук ЛЕБЕДЕВА.

7. Современные методы лечения рака п/губы. Канд. мед. наук КОПЫЛОВА И.И.

8. Диагностика и лечение рака прямой кишки. Доктор мед. наук ШУЛЬМАН.

9. Видимые и осязаемые формы злокачественных опухолей и пути к улучшению результатов их лечения. Проф. Л.М. РАТНЕР и доктор мед. наук ЛЕБЕДЕВА А.Н.

В 1956 году на областном совещании мед. работников сотрудниками Облонкодиспансера доложено:

1. Состояние онкологической помощи населению в области.

2. Результаты лечения рака шейки матки по материалам онкодиспансера за 26 лет.

3. Рак шейки матки и беременность.

4. Анализ материала диспансерного наблюдения за больными, перенесшими операции по поводу рака желудка (за 3 года).

5. Перечень работ врачей онкологического отделения дорожной больницы № 1, доложенных на научных медицинских обществах и опубликованных в сборниках (1955-1967 гг.).

Фамилия, имя и отчество	Название работы	Доложено	Опубликовано
1	2	3	4
1. МАТВЕЕВА Ольга Архиповна	1. Опыт лечения сарколизинном миеломной болезни.	Онкологическое об-во, 16/XI-1966г.	
	2. Опыт диспансерного наблюдения предраковых состояний молочной железы за 5 лет по материалам дорожной больницы.		Вопросы клинической хирургии. Сб. научных работ. 1967г.
2. ПУГАЧ Татьяна Николаевна	1. Случай рака легкого и туберкулеза.	Онкологическое об-во 2/у-1958г.	

I	2	3	4
	2. Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалам лечебных учреждений Свердлов. железной дороги за 13 лет.		Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости (совместно с Н.А. ШАХЛЕВИЧ) 1966 г.
3. СОЛДАТОВА Тамара Валентиновна	1. Рак легкого и аневризма аорты. 2. Отдаленные результаты лечения рака желудка за 6 лет. 3. Бессимптомное течение рака легкого под маской полиартрита. 4. Анализ лечения больных раком желудка.	Онкологическое об-во 28/I-58г. Онкологическ. об-во от 2/I-59г. Онкологич. об-во от 19/III-62г.	Вопросы хирургической патологии органов брюшной полости. 1961г. (совместно с проф. М.И. САХАРОВЫМ) Вопросы клинической хирургии. 1967 г. Совместно с Г.Я. ГИТЕЛЬМАН ОМ Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирск. областей. 1962г. Пермь.
4. СОРКИН Юрий Эммануилович	1. Множественные хрящевые экзостозы и хондроматоз тазобедренного сустава. 2. Первичная опухоль сердца 3. Роль проф. Л.М. РАТНЕРА в развитии онкологии на Урале	Совместное заседание онкол. и хирургическ. об-во. 12/IV-1961г. Онкологич. об-во 2/III-1962г. Тематическая конференция. Злокачественные новообразования 1962г. (г.Свердловск)	

I	2	3	4
		Научная историко-медиц. конференция Урал-Сибирск. областей (г.Пермь)	
4. Рак желудка и беременность	Онкологич. об-во, от 19/XII-62г. Гинекологич. об-во, март 1963г.	Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости. 1966г.	
5. К вопросу о ретикулезе желудочно-кишечного тракта.	Хирургич. об-во от 28/X-64г.	Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости. 1966г.	
6. К вопросу о меланоме прямой кишки.	Хирургическ. об-во от 28/X-1964г (Совместно с О.А.МАТВЕЕВОЙ)	Вопросы клинической хирургии. 1967г.	
7. Опухоль плевры	Онкологич. об-во от 24/III-65г.		
8. Язвенная болезнь желудка, симулирующая болезнь Вакеза (симптоматическая эритремия)	Хирургическ. об-во. Март-1965г.		
9. Желтуха, как осложнение при применении гормональных препаратов после радикальной мастэктомии (дифференциальная диагностика с токсическим гепатитом).	Онкологическ. об-во от 16/VI-65г.		
10. К вопросу о тромбофлебите как наиболее раннем	Онкологическ. об-во от 20/X-65г.		

I	2	3	4
	симптоме рака внутренних орга- нов.		
	II. Памяти проф. ЗИЛЬБЕРА.	Онколог. об-во 16/XI-66г.	
	I2. Лимфосаркома кишечника у ре- бенка.	Там же	
	I3. Тактика хирур- га при ложных опухолях воспа- лительного про- исхождения.	Там же 18/I-1967г.	
	I4. Врач, ученый, гражданин.	Совместное заседание онколог. и хирургич. об-ва 15/III-1967г. (Совместно с М.С. ШУЛЬМА- НОМ)	Вопросы он- кологии, № 6 1968г Лев Моисее- вич РАТНЕР (к 80-летию со дня рож- дения) (Совместно с М.С. ШУЛЬ- МАНОМ).
	I5. Хирургическое лечение опухо- лей на Урале. По материалам "Записок Ураль- ского медицинс- кого общества"	Онкологич. об-во, март, 1968г	Вопросы кли- нической хи- рургии, 1967г.
	I6. 100-летие со дня рождения А.А. Абражанова	Хирургич. об-во, январь, 1968г.	Принята в печать в "Вестник хи- рургии им. Гре- кова", 1969г
	I7. 140 лет со дня рождения А.А. МИСЛАВСКОГО	Хирургич. об-во. Апрель, 1968г.	Направлена в печать в журнал "Хи- рургия".
	I8. А.А. МИСЛАВС- КИЙ (к 50-летию со дня смерти)		Советское здравоохра- нение, № 4, 1968г.

I	2	3	4
	19. К вопросу о лейомиоме желудочно-кишечного тракта (Совместно с И.Д. ПРУДКОВЫМ)		Хирургическ. лечение заболеланий органов брюшной полости, 1966г.
	20. Краткий исторический очерк развития Свердловской железнодорожной больницы (Совместно с Н.Д. СЕМЕНОВОЙ)	Юбилейный вечер, посвящен. 65-летию больницы. Март, 1966г.	Вопросы клинической хирургии, 1967г
	21. Роль Уральских хирургов в развитии практической хирургии.		Вопросы клинической хирургии. 1967г.
	22. Редкие локализации опухолей кишечника (Совместно с ПРУДКОВЫМ И.Д., ПОКЛОНОВОЙ Н.П.)		Там же
	23. К рентгенодиагностике мягких тканей (совместно с В.М. РАТНИКОВЫМ)		Вопросы клинической хирургии, 1967г.
	24. К истории развития хирургии на Урале.	На XXIX годичной сессии СГМИ	Материалы XXIX годичной научной сессии Свердловск. мед. института, 1966г.
	25. II статей в Календаре-справочнике Свердл. обл. (1967, 1968, 1969гг) 6 статей в газетах "Уральский рабочий" "Вечерний Свердловск"		

I	2	3	4
5. ШАХЛЕВИЧ Нина Александровна	1. Отдаленные результаты лечения рака шейки матки по материалам лечебных учреждений Свердловск. и.д. за 9 лет. 2. То же за 13 лет (совместно с Т.Н. ПУГАЧ) 3. Отдаленные результаты лечения рака молочной железы по материалам Свердловской дорожной больницы за 13 лет	Онкологич. об-во 16/У-62г.	Хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости 1966г. Вопросы клинической хирургии. 1967г.

6. ИНСТРУКТИВНОЕ ПИСЬМО

По проведению профилактических осмотров населения с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предраковых заболеваний.

Успех организованной борьбы против рака на современном уровне знаний зависит от профилактики, ранней диагностики и своевременного лечения больных со злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями.

Для решения этой ответственной задачи повсеместно проводятся профилактические осмотры населения.

До последнего времени весь упор ставился на проведении комплексных профилактических осмотров на предприятиях. Задачи, ставившиеся перед этими осмотрами полностью не выполнялись, ибо осматривался один и тот же контингент людей, причем в основном здоровый. Пенсионеры, члены семей железнодорожников, инвалиды под эти профилактические осмотры не попадали.

Короче говоря, неорганизованное население всеми видами профилактики злокачественных опухолей не охватывалось. Злокачественные же опухоли возникают чаще в пожилом возрасте. Так, например, рак пищевода, желудка, толстого кишечника, прямой кишки чаще всего встречается в возрасте 40-60 лет.

С другой стороны, опыт массовых профилактических онкологических осмотров показывает, что если профилактические осмотры практически здоровых людей выявляют случаи рака в среднем у 0,12 % всех осматриваемых или 1-2 случая на 1000 человек, то среди длительно страдающих заболеваниями отдельных органов (контингент посещающий поликлиники и стационары) - число случаев выявляемого рака в 3-4 раза больше.

Исходя из вышесказанного пересмотрены вопросы профосмотров.

В настоящее время особое внимание уделяется индивидуальным профосмотрам населения, т.е. любой врачебный осмотр больного в стационаре или в поликлинике должен быть в то же время профилактическим осмотром по выявлению наиболее частых локализаций рака и предопухолевых заболеваний.

При проведении профилактических осмотров необходимо прежде всего обследовать наиболее часто поражаемые злокачественными опухолями органы: кожу, губу, язык и слизистую оболочку рта,

пищевод, желудок, прямую кишку, легкие, а у женщин, кроме того, молочные железы и шейку матки.

Если учесть, что до 60% всех посещений поликлиники падает на производственного терапевта, то очевидно, что ведущей фигурой в проведении индивидуального профилактического осмотра является именно производственный терапевт. Кроме обычных индивидуальных обследований, проводимых в условиях амбулатории, поликлиники и стационара важно использовать с целью раннего выявления злокачественных опухолей, медицинские осмотры отдельных контингентов организованного и неорганизованного населения. Это — медицинский осмотр рабочих промышленных предприятий с периодическим освидетельствованием в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения СССР от 19 июля 1949 года, диспансеризация инвалидов Отечественной войны, обследование других контингентов, подлежащих диспансерному обслуживанию участковыми ординаторами, отбор нуждающихся в санаторно-курортном лечении и в лечении в ночном санатории, отбор нуждающихся в диетическом и в физиотерапевтическом лечении, предварительное медицинское обследование поступающих на работу, обследование доноров.

Все эти обследования могут помочь в выявлении злокачественных опухолей и особенно предопухолевых заболеваний.

В целях раннего выявления рака и предопухолевых заболеваний рекомендуется всем врачам, осматривающим в стационарах и поликлиниках больных женщин в возрасте старше 30 лет и мужчин старше 35 лет, обратившихся по поводу других заболеваний, проводить индивидуальные профилактические осмотры с целью выявления рака и предопухолевых заболеваний.

а) стоматологам и зубным врачам при проведении массовых осмотров полости рта с целью санации или лечения, обращать внимание на незаживающие язвочки, трещины, ссадины, белые шероховатые пятна (лейкокератозы) во рту и на губах и при безуспешном их лечении в течение 7-10 дней направлять больных к онкологу.

Обследование губ, языка, слизистой полости рта необходимо начинать с опроса больного о наличии у него болезненных ощущений при разговоре и приеме пищи (жжение, саднение, боль). При объективном исследовании особое внимание необходимо обращать на участки, где наиболее часто развивается рак: красная кайма

н/губы, боковой край языка, корень языка, слизистая дна рта, щеки.

б) дерматологам, хирургам и терапевтам обращать внимание на больных, имеющих кожные заболевания: пигментные возвышающиеся пятна, долго существующие экзематозные высыпи, растущие бородавки, незаживающие язвочки, трещины, ссадины, узелки, затверждения на коже и, в особенности, профессиональные

в) терапевтам, хирургам, гинекологам, осматривающим и выслушивающим женщин, особенно в возрасте старше 30 лет производить одновременно осмотры молочных желез. При обнаружении затвердений в них или экзематозных образований в области соска обязательно направлять женщин к онкологу для консультации.

При обследовании молочных желез обращать внимание на изменение формы одной из них: высоты стояния (при поднятии руки вверх), на наличие втяжения соска, экземы ареолы, на выделения из соска. При наличии пальпируемой в ткани железы опухоли и очагов уплотнения особое внимание следует уделять определению признаков спаяния их с кожей-симтом "морщинистости кожи", а также состоянию подмышечных и надключичных желез: их увеличению и уплотнению.

г) терапевтам, диетологам и специалистам по желудочно-кишечным заболеваниям - обращать особое внимание на больных с заболеваниями пищевода, хроническими гастритами и язвами желудка, особенно, протекающими с пониженной кислотностью или ахилией.

При обследовании пищевода необходимо прежде всего осведомиться у больного о наличии явлений дисфагии (затруднений или неприятных ощущений при проглатывании сухой пищи).

При обследовании желудка необходимо обратить внимание на синдром "малых признаков":

1) изменение самочувствия больного, выражающееся в появлении немотивированной общей слабости, снижения трудоспособности, быстрой утомляемости.

2) Немотивированное стойкое снижение аппетита, иногда полная потеря аппетита, вялость до отвращения к пище.

3) Явления "желудочного дискомфорта": потеря физиологического чувства удовлетворенности от принятия пищи, местные желудочные симптомы — ощущение переполнения желудка, распирание газами, чувство тяжести в подложечной области, изредка тошнота, рвота.

4) Беспричинное прогрессивное похудание больного, сопровождающееся бледностью кожных покровов.

5) Психическая депрессия: потеря интереса к окружающему, к труду.

При объективном исследовании необходимо производить пальпацию живота в разных положениях больного (горизонтальном, боковом и стоя), лабораторные исследования (желудочный сок, кал на скрытую кровь) и, наконец, рентгенологические исследования.

д) терапевтам, фтизиатрам и рентгенологам, проводящих рентгеноскопию и флюорографию — обращать внимание на больных, страдающих длительным, особенно сухим, надсадным кашлем, кровохарканием и периодическим повышением температуры.

В этих случаях необходимо помнить о хронических бронхитах, пневмониях (предраковых заболеваниях), а также о начальных формах рака, протекающих скрытно.

При объективном исследовании следует обращать внимание на ограничение подвижности пораженной стороны грудной клетки, наличие очага притупления перкуторного звука, ослабленного дыхания.

е) терапевтам и хирургам — обращать внимание на больных, страдающих хроническим колитом, проктитом, геморроем.

При всех этих случаях обязательно производить исследования прямой кишки пальцем.

Кроме того выявить следующие расстройства: стойкие запоры, сменяющиеся поносами, ощущение легкой тупой болезненности в области промежности или крестца при дефекации, выделение с калом крови или гнойной слизи.

ж) гинекологам — обращать внимание на лейкокератозы, эрозии, эктропионы слизистой, разрывы и рубцы на шейке матки.

При исследовании женщин помимо метода бимануального исследования, обязательно применять зеркала, пальцевое исследование через прямую кишку и обследование паховых желез.

з) Оториноларингологам - обращать внимание на больных с любыми нарушениями со стороны гортани, особенно на часто повторяющуюся хрипоту, наличие утолщения и полипов голосовых связок на почве хронического катарра.

При лечении этих заболеваний избегать длительного применения прижигающих средств.

Для контроля за прохождением больными индивидуальных профилактических онкологических обследований у отдельных врачей-специалистов в амбулатории, в карте больного ставить штамп следующего содержания: сроки прохождения индивидуальных профилактических обследований и установленный диагноз.

Врач-специалист после проведенного профилактического онкологического обследования отдельных органов заносит в соответствующую графу штампа для обследования краткий диагноз найденного пред-или ракового заболевания.

Подробные записи о выявленных отклонениях от нормы делаются обычным путем в амбулаторной карте.

Локализации	Д а т а			
	196..г.	196..г.	196..г.	196..г.
Кожа				
Губа				
Язык и слизистая рта				
Пищевод				
Желудок				
Прямая кишка				
Легкие				
Молочная железа				
Матка				

Что касается больных стационара, то они при поступлении в любое отделение должны подвергнуться углубленному онкологическому обследованию. По окончании последнего на титульном листе истории болезни должна быть сделана отметка "прошел онкологическое обследование". Такая же пометка делается на "карте вышедшего из больницы".

В конце отчетного года необходимо помимо цифровых данных по заболеваемости давать данные об индивидуальных профосмотрах (общее количество осмотренных, из них выявлено раковых и предраковых больных).

Данные о профосмотрах складываются из:

- 1) индивидуальных осмотров больных в поликлинике и стационаре.
- 2) Осмотр больных женщин в смотровых комнатах.
- 3) Осмотр доноров.
- 4) Осмотр в комиссии по приказам и т.д.

Врач онкологического отделения
Дорожной больницы № I

/ Ю.Соркин /

7. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ ПРОФЕССОРА Л.М. РАТНЕРА

Онкология была детищем Льва Моисеевича, можно сказать, его страстью. Как-то так получилось, что я не включился так плотно в онкологию. Несмотря на это, с первых дней нашей совместной работы, лучше сказать — работы под руководством Льва Моисеевича, и до дня последней с ним встречи в 1951 г., он остался в моем сознании и в моей душе одним из лучших людей, которые встречались на моем пути, может быть, даже самым лучшим.

Уверен, что многочисленные его ученики, преданно любившие его при жизни, любящие его память после смерти, подробно представили вам все стороны этого большого человека.

Это был особенный человек, каких, я думаю, на свете немного. Это был человек, которому хотелось подражать, на которого хотелось походить. Я до последнего времени, а мне уже 72 года люблю себя на том, что в особых, в затруднительных ситуациях задаю себе вопрос: "А как поступил бы в этой ситуации Лев Моисеевич?"

Предвидеть его тактику, мнение, решение было не очень трудно, т.к. они исходили из основных свойств его замечательной личности: он обладал не просто доброжелательным отношением к людям, он любил людей, он был по-настоящему гуманным человеком, доброе отношение к людям, ко всем без исключения, исходило от него как некая эманация.

Он знал, что некоторые люди используют его доброту не так, как хотелось бы ему, однако он с какой-то особой мудрой улыбкой утверждал, что из добра плохого не получится.

Лев Моисеевич был настоящим ученым, преданным науке до предела, способным отдать за научную правду все. Он не знал уступок и компромиссов и не терпел их в других. Обладая разносторонним аналитическим умом он врезался в науку, в её глубины в поисках настоящих твердых решений.

Приняв решение он утверждался в нем и готов был бороться за него до предела. Но только "до предела", потому, что личности Льва Моисеевича была свойственна такая, сравнительно редкая черта, как настоящая, глубокая самокритика, он был предельно, можно сказать скупулёзно, самокритичен.

Кончается второе десятилетие с тех пор, как мы расстались, но в памяти навсегда остались клинико-анатомические конференции под его руководством. Интересно, что я до сих пор нередко чувствую его рядом с собой, когда провожу такие конференции. В характере Льва Моисеевича была одна особенность, которая, как правило, несвойственна большим людям и особенно тем, которые сами себя считают большими: Лев Моисеевич был изумительно скромным человеком. В его лексиконе в процессе его многогранной деятельности не было слова "я". Он не любил яркого света хвалебных оценок, выражения благодарности или признания его заслуг. Стоит обратить внимание на то, что за десятки лет огромной работы, в которую он вложил бездну сил и инициативы, нет признаков, методов, операций, обозначенных его именем. Это только результат его скромности.

Лев Моисеевич — хирург. Он был особенным хирургом: смелым, решительным. Он любил хирургию, любил оперировать. Отлично владел оперативной техникой, он оперировал вдохновенно и в то же время просто. В клинике было много врачей, оперировали все, но всем было приятно отдать больного в его замечательные руки.

Мы никогда не чувствовали его особого отношения к кому-либо из сотрудников клиники. Если и можно говорить о каком-то особом отношении, то только о его исключительном отношении к нашей молодежи. Было трогательно наблюдать, как он привлекал молодежь к научной работе, всегда силой своего авторитета, который он имел в клинике.

В своих работах он излагает все свои дельные мысли логично, своим простым, ратнеровским языком. Кстати о его языке. Это был особый, острый язык, без принятых оглашенных фраз, со своей своеобразной расстановкой слов. Особенно остра, а иногда даже колюча была его речь в научных спорах, которые он очень любил. Он не осторожничал в своих речах и спорах, не выбирал приятных и обтекаемых фраз, если и выбирал, то острые, подчеркивающие его мысль слова, не думая о том понравятся они или нет.

Лев Моисеевича РАТНЕР был крупнейшим хирургом, глубоко эрудированным, разносторонним ученым, руководителем большого коллектива.

Проф. Ф.Л.Гектин /г.Караганда, кафедра госпитальной хирургии Карагандинского медицинского института.

Лев Моисеевич РАТНЕР был настоящим ученым, прекрасным врачом, приятным в общении человеком. Его честность как ученого и хирурга заслуживает всяческого уважения.

Припоминаю такой случай: мы клинико-рентгенологически диагностировали у больного саркому бедра, в результате была произведена ампутация. При гистологическом исследовании выявлен — остеомиелит. Лев Моисеевич не побоялся обсудить эту ошибку на заседании хирургического общества, о чём доложил сотрудник его кафедры. Лев Моисеевич никогда не скрывал своих ошибок, лично мне это всегда импонировало, и я в своей докторской диссертации не скрывал своих ошибок.

Лев Моисеевич был прекрасным товарищем, остроумным собеседником и был украшением застолья !

К сожалению он умер в такое время, когда даже некролога о его кончине в газетах не было. Моя телеграмма была из немногих, если не единственной, приуроченной его памяти.

В моей памяти светлый образ Льва Моисеевича РАТНЕРА живет до сих пор, и я его нередко вспоминаю, руководя Киевским и Республиканским обществами рентгенологов и радиологов.

Проф. С.А. Покровский (г.Киев, Институт рентгенологии и радиологии).

Я работал в г.Свердловске в течение 3-х лет, с осени 1941 г. до осени 1944 г. Я оказался в Свердловске, имея более 20 лет стажа работы в большой клинике большого города. Я был самостоятельным хирургом и самостоятельным преподавателем. И все же я почерпнул от Льва Моисеевича так много, что считаю его одним из своих учителей.

В этот период Лев Моисеевич работал в госпиталях больше, чем в клинике. Здесь он бывал 2 раза в неделю, один день оперировал, в другой — делал обход. Лев Моисеевич не был воспитанником какой-либо хирургической школы. Его эрудиция была исключительной. Он блестяще знал литературу отечественную и иностранную. Он пользовался каждой свободной минутой для чтения.

Лев Моисеевич был не только выдающимся клиницистом, но и высокообразованным патологом. Он отлично знал патологическую анатомию и сущность патологических процессов. Возглавляя группу

онкологов, он не только решал вопросы диагностики и лечения, но вникал в сущность заболевания, изучал закономерности опухолевого роста, стремился выявить основное, принципиальное.

Лев Моисеевич был отличным хирургом, обладавшим прекрасной техникой. Он не отличался невозмутимостью во время операции, он знал, что нужно делать, если возникали осложнения, но, если ассистент его не понимал, если не были подготовлены нужные инструменты, он очень это переживал, сердился, но никогда не был груб. Он оперировал исключительно тщательно, если нужно было поправить, даже переделать он шел на это, но не оставляя операции пока все не было завершено так как должно.

Лев Моисеевич много времени уделял руководству научной работой. Одним он подсказывал тематику, с другими разбирал план предстоящей работы, тщательно проверял каждую работу, выходящую из клиники, вносил поправки, иногда заставляя переделывать. Если у автора и при этом получалось не то, что нужно, то Лев Моисеевич мог диктовать иногда абзац, и то и раздел.

Лев Моисеевич был человеком исключительно скромным. Он много помогал другим в тяжелые годы войны: неоднократно обращался в различные организации и к многим ответственным работникам с просьбой помочь то одному, то другому из его сотрудников, но для себя и членов своей семьи он никогда не просил.

Это был замечательный человек, остроумный собеседник, любитель острого слова, но без злобы. Таким остался в моей памяти Лев Моисеевич РАТНЕР.

Проф. И.Д. Корабельников (г. Челябинск,
кафедра госпитальной хирургии).

О профессоре Льве Моисеевиче РАТНЕРЕ очень трудно писать. Это был человек не от мира сего. Вся его жизнь принадлежала не ему, а в первую очередь больным, многочисленным ученикам и всем тем, кто его знал и с ним соприкасался. Не корыстолюбив, всегда отзывчив - таким Льва Моисеевича знали мы - его ученики, таким его знал Большой Урал. Отзывчивость, стремление помочь всем тем, кто к нему обращался, привели к тому, что докторскую диссертацию Лев Моисеевич защитил только в 60-летнем возрасте.

По количеству же научной продукции он мог представить несколько докторских диссертаций. По-моему, Лев Моисеевич и умер, не будучи заслуженным деятелем науки, а он это звание заслужил значительно ранее других.

У меня о Льве Моисеевиче сохранились самые наилучшие воспоминания. У него была изумительная память. Он хорошо знал отечественную и зарубежную литературу, не только онкологическую, но и хирургическую. Кроме онкологических больных он любил разбирать больных с острыми гнойными заболеваниями. Проводимые им клинические научные конференции являлись большой школой.

Будучи крупным ученым, Лев Моисеевич любил музыку и не плохо играл на пианино. На вечерах, устраиваемых врачами клиники, он всегда был душой общества. Лев Моисеевич в моем представлении всегда живой и его образ всегда сопровождает меня в научной и практической работе.

Профессор И.Б.Олешкевич (Институт
усовершенствования врачей, г.Минск).

В лице Льва Моисеевича РАТНЕРА советская наука потеряла одного из виднейших врачей-онкологов. Я говорю не как товарищ, а как врач. Мы должны оценивать все выше и выше эту видную фигуру. Хотелось бы, чтобы знала вся медицина г.Свердловска, что именно здесь жил этот крупнейший, умный человек.

Его лебединая песнь - дифференциальная диагностика рака молочной железы. Его работы блещут тем, что они свойственны только ему. Невольно преклоняешься перед его талантом. Нельзя сказать, что он оставил многочисленную школу, но есть неизмеримо ценное в его учениках. Я всегда выступал охотно оппонентом в диссертациях, выходящих под его руководством. В этих работах ничего ошибочного не было.

В настоящее время ему замены нет.

Профессор, заслуженный деятель науки
РСФСР, член-корреспондент АМН СССР
А.Т. ЛИДСКИЙ.

(Из выступления на совместном заседании
Общества хирургов, онкологов, гинекологов
и рентгенологов, посвященном памяти
проф. Л.М.Ратнера, 24/II-1956г.).

Онкологи и хирурги Свердловска и области с большой теплотой вспоминают Льва Моисеевича РАТНЕРА — замечательного человека, блестящего лектора и хирурга, одного из выдающихся людей Урала.

Мне, как одному из учеников Л.М. РАТНЕРА, который проработал под его руководством около четверти века особенно приятно вспоминать о жизни и деятельности этого удивительного человека.

Для того, чтобы изложить многогранную жизнь этого человека как врача-практика, ученого и общественного деятеля, помимо воспоминаний современников, необходимо всесторонне изучить, как архивные материалы, так и его литературное наследие. Наш областной онкологический диспансер, в котором я работаю более 34-х лет является учреждением, которое организовалось на базе онкологической клиники физинститута, руководимой Л.М. РАТНЕРОМ.

В этом диспансере до сего времени сохраняются те традиции и установки, которые нам прививал профессор Л.М. РАТНЕР. До сего времени к нам в диспансер обращаются на консультацию и даже на лечение из соседних областей (бывшая Уральская область). Это свидетельствует о том, что до сих пор многие помнят о хорошей славе учреждения, которым руководил профессор Лев Моисеевич РАТНЕР.

М.С. Шульман, доктор медицинских наук, заслуженный врач РСФСР
г.Свердловск

Профессор, доктор медицинских наук Лев Моисеевич РАТНЕР — организатор и бессменный руководитель кафедры факультетской хирургии СГМУ в течение более 30 лет.

За это время он воспитал несколько поколений прекрасно подготовленных хирургов и научных работников. Лев Моисеевич обладал богатой эрудицией, широким диапазоном хирургической деятельности и научных знаний, огромной работоспособностью. Под руководством Льва Моисеевича РАТНЕРА выполнено большое количество докторских и кандидатских диссертаций, вышел целый ряд сборников научных трудов по онкологии и хирургии.

Исключительно интересными, содержательными и доходчивыми были лекции курса факультетской хирургии. Во время лекций Лев Моисеевич нередко прибегал к остроумным, запоминающимся на всю жизнь сравнениям. Профессор Л.М. РАТНЕР всегда широко обращался со студенческой молодежью, любил её, не ограничивался только

учебным временем. Он всегда сам руководил студенческим кружком.

В течение 25 лет Лев Моисеевич руководил хирургическим научным обществом. Мы привыкли видеть его на председательском месте в окружении всех хирургов-профессоров Мединститута. Заседания всегда были интересными и служили большой школой для хирургов, аудитория была всегда переполнена, на заседаниях Общества нередко разгорались дискуссии. Взгляды Льва Моисеевича были всегда передовыми, они отражали мысль хирурга на десятилетия вперед (например, по вопросам лечения острого аппендицита, осложненной язвенной болезни, холецистита, онкологии). Заключительное слово председателя Общества, если им был Л.М. РАТНЕР, было настолько ярким, содержательным, что запомнилось на долгие годы. Каждое выступление сотрудников кафедры и больницы на Обществе подготавливалось и проверялось при активном участии Л.М. РАТНЕРА.

Лев Моисеевич отличался исключительной доброжелательностью, любовью и душевным отношением к сотрудникам и больным. Он всегда находил время и силы в любое время дня и ночи приходить в клинику для помощи больному. Его исключительно интересные обходы больных были праздником для всех больных и сотрудников, школой для студентов и врачей всех отделений больницы. В решении вопросов диагностики и лечения во время обходов принимали участие все сотрудники, сам же Лев Моисеевич прислушивался к мнению даже молодых ординаторов. В клинике, руководимой Л.М. РАТНЕРОМ производились все операции, начиная с энуклеации глаза до экстирпации прямой кишки и матки.

Техника операций Льва Моисеевича отличалась простотой, красотой и исключительной анатомичностью, бережным отношением к тканям. Очень часто Лев Моисеевич ассистировал на операциях, производимых начинающими хирургами и искренне радовался их успехам. Высокие душевные и человеческие качества Льва Моисеевича всегда порождали всех сотрудников клиники. Он всегда замечал усталость, плохой вид сотрудников, материальные затруднения и старался помочь всем.

Все праздники Лев Моисеевич проводил с сотрудниками клиники. Скромный, требовательный к себе, он являлся примером для всех сотрудников клиники. Только после его ухода из клиники мы узнал

что он никогда не использовал отпуск, находился и во время отпуска в клинике, помогая научным сотрудникам и работникам больницы в лечении больных.

Лев Моисеевич РАТНЕР соответствует современнику коммунистического общества. Жизнь и деятельность его служит ярким примером для сотрудников, с которыми он работал, для студентов, которых он с любовью и бережностью воспитывал.

Ассистенты клиники факультетской хирургии СГМИ
Кандидаты мед.наук: В. Климова, М. Шадрина,
С. Суторихина.

Ради спасения человеческой жизни Лев Моисеевич РАТНЕР не спешил отнести больного к incurable стадии, он делал такие операции, от которых отказывались многие хирурги.

Лев Моисеевич был чуткий, ничего не ускользало от его внимания. Он в любом человеке умел находить хорошее и это хорошее развивать.

Память о Льве Моисеевиче РАТНЕРЕ будет вечно жить в моем сердце.

Кандидат мед.наук, доцент Н. Кожевникова,
Ленинград.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛЬВА МОИСЕЕВИЧА РАТНЕРА

(Из выступлений на Научном обществе хирургов и онкологов
доктора медицинских наук А.Н. ЛЕБЕДЕВОЙ 1955, 1956 гг).

Сегодня исполнилось 2 года со дня смерти Льва Моисеевича РАТНЕРА. Можно сказать, что он умер рано, безвременно, умер в то время, когда голова его была полна замыслов, идей, планов научных работ, планов лечения больных злокачественными опухолями. И, если, на самом деле, трудно дожить до такого времени, когда можно сказать, что все задуманное сделано, что пора и на покой, то тяжелая болезнь прервала жизнь Льва Моисеевича задолго до того времени, когда бы ему захотелось на покой. Лев Моисеевич горел на работе, отдаваясь с увлечением, увлекал и зажигая других. Он никогда не удовлетворялся достигнутым, все время стремясь вперед и не позволял застаиваться на месте

своим сотрудникам.

Лев Моисеевич был богато одаренный, талантливый человек и круг его интересов был очень разнообразен. Он говорил, что тот, кто хочет ставить правильный и своевременный диагноз должен обладать большой эрудицией, такой большой эрудицией он и обладал. Самой прочной и продолжительной привязанностью Льва Моисеевича в медицине была онкология, которой он занимался с 1927 года до последних дней своей жизни. Под его руководством онкологическая клиника превратилась из небольшого отделения на 30 коек в мощное, хорошо оснащенное учреждение, располагающее всеми современными методами диагностики и лечения злокачественных опухолей, с рядом вспомогательных лабораторий, в том числе и экспериментальной, на организацию которой Лев Моисеевич потратил много сил.

Онкологическая клиника во главе с профессором РАТНЕРОМ стала научно-теоретическим и организационно-методическим центром Урала. Под руководством профессора РАТНЕРА клиника вела подготовку кадров онкологов для Свердловской области и ряда соседних областей. После реорганизации в 1951 г онкологической клиники в онкологический диспансер, размер работы диспансера при жизни Льва Моисеевича оставался таким же, каким он был в клинике. Большой след оставил Лев Моисеевич в онкологии. Им и его сотрудниками разработан ряд оперативных вмешательств, внесены полезные изменения в применявшиеся до сих пор в онкологии операции. Лев Моисеевич говорил, что онколог должен знать не только свою специальность, но и быть эрудированным во всех отраслях клинической медицины. Таким он и был. Его обходы, консультации превращались в увлекательные занятия, всегда обогащающие тех, кто принимал в них участие. Его простота, доступность для всех, готовность всегда оказать помощь как лечебную, так и в руководстве научной работой известны всем, кто имел с ним дело.

В центре внимания Льва Моисеевича была научная работа. Он непрерывно работал над проблемой улучшения методов диагностики и лечения злокачественных опухолей, борьбы с диагностическими ошибками. Вместе с ним работали и все сотрудники клиники. За время его руководства клиникой было выпущено 4 сборника работ,

проведено 5 межобластных съездов. Последняя межобластная онкологическая конференция, которая была проведена под его руководством, происходила в октябре 1952 г. и он принимал в ней участие уже будучи тяжело больным. Лев Моисеевич принимал участие в большинстве онкологических съездов и конференций, проводимых в Москве, Ленинграде, Киеве, Харькове, Одессе, выступая на них с оригинальными докладами.

Жизнь и работа Льва Моисеевича не прошла бесследно для онкологии. Его не стало, но остались его работы, из которых наиболее крупной является "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы". Остались люди, которые с ним работали, его ученики. Мысли, высказанные в его работах, окажут помощь не одному поколению врачей. Лев Моисеевич писал, что современный онколог не может и не должен быть пессимистом. Он сам не был пессимистом. Он верил и проповедывал возможность излечения раковых заболеваний, возможность улучшения ранней диагностики, возможность профилактики рака. Он прививал врачам любовь к онкологии. Мы, его ученики и продолжатели его дела, своей работой постараемся развить и доказать правильность высказанных им положений, постараемся отдать все силы на борьбу со злокачественными опухолями, на борьбу с равнодушием врачей к онкологической проблеме. И продолжая эту работу, мы постараемся сохранить ту же простоту, доступность и готовность к оказанию помощи, какая была у Льва Моисеевича.

Сегодня исполнилось 3 года со дня смерти Льва Моисеевича РАТНЕРА. 3 года нет его с нами и мы еще не привыкли к мысли, что его нет и больше не будет. Лев Моисеевич РАТНЕР был высокообразованным и глубоко мыслящим хирургом-онкологом, предельно любящим свою трудную специальность.

В своей последней большой работе "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы" он с грустью констатирует, что многие врачи не любят злокачественных новообразований, скептически относятся к возможности их излечения и потому мало ими интересуются и мало их изучают. Для таких-то врачей, не углубляющихся в недра онкологии, но смело лечащих больных злокачественными опухолями и делающих много диагностических ошибок и написал свою работу профессор РАТНЕР.

Лев Моисеевич говорил, что "современный онколог не может и не должен быть пессимистом". Эту мысль он последовательно проводил в своих лекциях, на всех обходах и консультациях. И все его блестящие лекции, обходы, консультации всегда привлекали массу врачей. Последний раз, уже будучи тяжело больным, он выступил перед врачами на онкологической конференции в 1952 г. Последний его доклад был посвящен новому принципу деления опухолей — на опухоли видимые и осязаемые и опухоли более глубоко расположенные и пропаганде той точки зрения, что довольно большое число так называемых видимых и осязаемых раков (как рак кожи, нижней губы и верхней губы, рак языка, рак молочной железы, рак шейки матки и т.д.) могут быть и должны быть распознаны даже при самых маленьких размерах. Профессор РАТНЕР говорил, что при современных диагностических методах — достижениях, полученные при видимых и осязаемых раках могут и должны быть перенесены и на раки внутренних органов. Так, даже наиболее надежный метод биоптического исследования делается уже возможным и при раке внутренних органов, как пищевод, главных бронх, бронхи I порядка. Прост и доступен метод аспирационной биопсии при раке мочевого пузыря, опухоли печени, селезенки. Все это давало ему надежду на быстрое улучшение диагностики злокачественных опухолей. Его последний доклад имел очень большой успех на конференции.

Больше всего любил Лев Моисеевич научную работу. Под его руководством работало много врачей над кандидатскими и докторскими диссертациями на самые различные темы.

Желая почтить память профессора Льва Моисеевича РАТНЕРА мы сегодня заслушаем главу из кандидатской диссертации Евгении Васильевны ЕВСТУХИНОЙ. Эта работа начата была под его руководством, по его идее и закончена ею теперь через 3 года после его смерти. Мне кажется это лучшее, что мы можем сделать, желая почтить его память.

Доктор мед.наук А.Н. ЛЕБЕДЕВА.

На Урале до 1930 г. не существовало специальной помощи для больных злокачественными заболеваниями и только с этого года, на базе Свердловского института курортологии и физических методов лечения открылось онкологическое отделение на 20 коек. Руководство отделением предоставлено Областным здравоохранением профессору РАТНЕРУ Льву Моисеевичу, который со свойственным для него энтузиазмом горячо отдался новому делу и в течение 23-х лет был бессменным борцом с одним из самых тяжелых недугов. К нему потянулись и опытные врачи, и молодые и ему удалось создать квалифицированный и дружный коллектив. Под руководством Льва Моисеевича в Свердловске и его районах успешно развивалась сеть онкопунктов. Он организовывал межобластные онкологические съезды, где сам и его сотрудники активно выступали с докладами по различным вопросам онкологии (большой интерес для участников съездов всегда представляли доклады Льва Моисеевича по этиологии рака). Принимал Лев Моисеевич РАТНЕР и его сотрудники активное участие и на общесоюзных онкологических съездах статьи, отражающие обширный материал клиники, периодически появлялись как в областной, так и в общесоюзной печати.

Громадная заслуга Льва Моисеевича РАТНЕРА была в организации донорства и переливания крови.

В годы Великой Отечественной войны проф. Л.М. РАТНЕР был консультантом, как в городских, так и в областных военных госпиталях и за свой труд получил ряд правительственных наград. Он был прекрасным диагностом, другом больных и своих сотрудников, но тяжелое заболевание и преждевременная смерть прервала жизнь незабвенного труженика.

Врач. А. Бенедиктова (г.Н-Тагил)

УЧЕНИКИ ПРОДОЛЖАЮТ ДЕЛО УЧИТЕЛЯ

(Из выступления Н.И.АРХИПЕНКО на объединенном заседании хирургического и онкологического научных обществ г.Свердловска и Свердловской области, посвященном памяти профессора Л.М.РАТНЕРА)

Борьба со злокачественными опухолями является животрепещущей проблемой современности. Ни к одному вопросу медицины не приковано так внимание простых людей, как к онкологии. Любая

маленькая заметка в газете читается, передается из уст в уста и поэтому естественно, что наши успехи и поражения глубоко переживаются. Каждый из присутствующих прекрасно знает, что не всякий раз сложному труду онкологов отдается должное. Далеко не так часто как хотелось бы, нас ожидает успех. Постоянно борясь за каждый день жизни больного, онколог вступает в схватку с преждевременно наступающей смертью. И хотя нередко побеждает смерть, проявляемое упорство и настойчивость онколога, в конечном счете, одержит победу. Для того, чтобы этот день приблизить, лучшие из лучших ученых онкологов отдавали и отдают свои знания, силы, посвящают жизнь для достижения конечной цели.

Имя профессора, доктора медицинских наук Льва Моисеевича РАТНЕРА по праву занимает достойное место в рядах лучших онкологов страны. Память об этом светлом, кристально чистом и большом человеке сохранилась на всю жизнь у каждого, кто с ним встречался, работал, не говоря о тех, кому он передавал свой опыт, свои знания, кому он своим обаянием и эрудицией помог навсегда полюбить онкологию и быть ей преданным всю жизнь.

Благодаря Льву Моисеевичу Свердловск стал пионером онкологии на Урале, где из 10 онкологических кооп в 1927 г. выросла клиника, которая кроме разработки новых методов лечения, закладывала основы теоретической советской онкологии, растила кадры энтузиастов онкологов в науке и практике, которая помогала создавать стройную сеть онкологических учреждений в области и городе.

Замечательной традицией русской науки является то, что крупные ученые передают свой научный и практический опыт ученикам. Как по почерку и знаниям ученика можно дать оценку учителю, так и нас, уральских онкологов можно узнать по почерку Льва Моисеевича. Можно без преувеличения сказать, что Лев Моисеевич РАТНЕР создал школу уральской онкологии!

В коротком сообщении трудно, вернее невозможно, коснуться всего богатства научно-практического наследия профессора Льва Моисеевича РАТНЕРА. Мы, ученики Льва Моисеевича, работая под его непосредственным руководством были свидетелями колоссальной научной и организаторской работы по обобщению опыта

диагностики и лечения онкологических больных. Проходят годы и мы все отчетливее осознаем глубину и значимость его научных прогнозов, практических рекомендаций. Изучение его работ не может не обязать учеников и последователей продолжать дальнейшую разработку положений, выдвинутых Львом Моисеевичем. У колыбели организации онкологической службы в городе стоял Лев Моисеевич РАТНЕР. Его ближайшие помощники и ученики — М.С. ШУЛЬМАН, Р.Я. ШИПЕРОВА, Г.П. ГИЛЬБЕРТ, А.Н. ЛЕБЕДЕВА, И.И. КОПЫЛОВА организовали первые онкопункты на Уралмаше и в Октябрьском районе, своими силами проводили профосмотры на онкозаболевания в городе. И как итог, мы сегодня имеем Городской онкологический диспансер, 11 онкопунктов и 9 женских консультаций, которые органически связаны с диспансером по организационно-методическим и лечебно-диагностическим вопросам. В городе насчитывается свыше 37 врачей — онкологов и сотни врачей, занимающихся лечением онкологических больных в общелечебной сети (хирургов, гинекологов, терапевтов, оториноларингологов и т.д.). А ведь первоначальный штат онкологов насчитывал единицы врачей. Так же, как в свое время Лев Моисеевич стремился к расширению онкологических коек, так и его ученики, с первых дней организации Городского онкодиспансера упорно и настойчиво добивались строительства нового здания, с вводом которого население города получило 125 онкологических коек, а из специального оснащения в больницах и поликлиниках города имеется 9 рентгенотерапевтических аппаратов, установки телегамматерапии ГУТ-СО-400, комплекты препаратов радиоактивного кобальта.

Диапазон научных интересов Льва Моисеевича в онкологии был широк и знаменательно то, что проблемы, которые им в свое время разрабатывались, не потеряли своей актуальности и в наши дни, а некоторые положения, выдвигаемые им в 40-х годах и воспринимаемые в то время частью медицинской общественности негативно, являются в настоящий момент руководством к действию не только для онкологов, но и для врачей общелечебной сети всех специальностей. К таким проблемам относился учение о предраке. В 1947 г. Лев Моисеевич писал: "Рак и предрак — понятия почти неотделимые". Тот, кто не придерживается тактики беспощадной борьбы с ним, тот никогда не добьется ни ранней диагностики рака, ни

успешного лечения его".

И сегодня, спустя 18 лет, это положение лежит в основе работы не только онкологов города, но и практических врачей всех специальностей. Ярким доказательством этого является хотя бы один пример: до 1958 г. лечением предопухолевых состояний шейки матки занимался только Городской онкологический диспансер (ГОД) и Кировская женская консультация, но уже к концу 1962 г. в ГОД электрокоагуляции проводятся единичным женщинам, а свыше 45 женщин излечено в 1964 г. этим методом в женских консультациях города. Особое внимание Лев Моисеевич уделял раку желудка. Ни в одной, из разрабатываемых им проблем не обойдена эта локализация рака. Был ли это вопрос о прекарциноматозах, либо диагностических ошибок, усовершенствовались ли новые методы лечения, изучался ли вопрос о метастазировании - рак желудка занимает особое место. И это внимание раку желудка оправдано. Проблема рака желудка не потеряла своей остроты и в наши дни. Следуя наставлениям Льва Моисеевича ГОД группу больных раком желудка держит в центре внимания, т.к. её удельный вес среди других локализаций составляет 29-30%, наибольший процент запущенности приходится именно на рак желудка - 38%.

Годы	П о г о р о д у					П о д и с п а н с е р у				
	Зарегист- рирова- но боль- ных ра- ком же- лудка	IY кл. гр.		Произв. резекц.		Пос- тупи- ло боль- ных	IY кл. гр.		Произв. резекций	
		чис- ло	%	чис- ло	%		чис- ло	%	чис- ло	%
1960	376	123	32,7	110	29	104	36	40,3	43	41,3
1964	464	160	35	157	33,8	101	33	33	55	54

И хотя за 1964 год положение несколько изменилось в лучшую сторону в общем картина остается довольно неприглядной, явное неблагополучие с ранней диагностикой рака желудка в наши дни не должно навевать пессимизма, о чем неоднократно говорил Лев Моисеевич. Большой процент запущенности и вытекающий из этого неудовлетворительные отдаленные результаты 5 и 10-летнего излечения больных свидетельствуют лишь о том, что ни расширение границ оперативного вмешательства, ни совершенствование техники и виртуозность отдельных хирургов, выполняющих расширение и

сверхраширенные операции не способны увеличить число излеченных больных от рака желудка. Только ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение способны принести реальные успехи в лечении больных раком желудка.

В 1936 г Лев Моисеевич выделил три формы рака желудка в зависимости от топографии опухоли, а также II форм от некоторых симптомов, последняя — метастатическая в свою очередь подразделяется на 6 подгрупп. Эта классификация стала практическим руководством в диагностике рака желудка. По поводу причин поздней диагностики Лев Моисеевич писал: "Запоздалое распознавание объясняется не столько слабостью диагностических возможностей, сколько слабостью диагностических стремлений". И далее: "большое число запущенных форм рака желудка зависит от организационных неувязок, от недостаточной санитарно-просветительной работы". Разработка материала запущенных форм рака желудка в наши дни еще и еще раз убеждает, что большой процент врачебных диагностических ошибок, а они составляют основную причину запущенности, может быть исключен с помощью своевременного клинико-рентгенологического обследования, благодаря знакомству широкой массы врачей с ранними клиническими проявлениями рака желудка, знакомству с клиническими формами.

В 1949 г. вышла в свет монография Льва Моисеевича "Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы". Прошедшие 16 лет с момента её издания, не сгладили остроты интереса врачей к этой блестящей работе. В одной из работ по раку молочной железы С.А. ХОЛДИН писал, что "Лучшей работы по этому вопросу нет ..." (речь идет о монографии Л.М. РАТНЕРА). В этой книге с предельной четкостью проанализированы причины, приводящие к диагностическим ошибкам и указаны пути их снижения. Работа оказала огромное влияние на выработку тактики к больным с опухолями грудных желез.

Если в те годы Лев Моисеевич писал: "С грустью приходится констатировать, что биопсия в наших лечебных учреждениях производится очень редко", то сейчас трудно себе даже представить хирурга Свердловска и всего Урала, который в сомнительном случае стал бы производить мастэктомию без секторальной экцизии молочной железы, и это закономерно.

С каждым годом онкологам и хирургам приходится иметь дело с более ранними стадиями заболелания. По этому поводу Лев Моисеевич в этой работе писал: "Несостоятельность клинической диагностики в ранних стадиях заставляет нас поневоле обратиться свои взоры к патолого-анатомической диагностике - к биопсии!", а что именно это так, приведу цифры: с 1930 по 1940 гг (за 10 лет) операбильность рака молочной железы (по данным Л.М. РАТНЕРА) возросла с 41% до 58%. Продолжая работу в этом направлении мы имеем операбильность 93-95% в 1960 г. Об этом Лев Моисеевич говорил: "Лечение рака грудной железы составляет одну из наиболее оптимистических страниц в истории онкологии".

Трудно переоценить влияние работ Льва Моисеевича на формирование врачей онкологов и хирургов, оперирующих онкологических больных в части соблюдения принципов абластики при операциях. Соблюдение принципов абластики, по мнению Льва Моисеевича, состоит в том, что хирург должен совершенно четко представлять направление роста опухоли, микроскопическую форму рака, топографию опухоли и пути метастазирования. Знание этих данных, правильная ориентировка хирурга способствует радикальному проведению операций. "Все это улучшает судьбу больного, приносит ему выздоровление, а хирургу делает честь". Зная лично Льва Моисеевича, узнали очевидно в последней фразе простоту, определенность его высказывания.

Одной из учениц Льва Моисеевича на протяжении нескольких лет в диспансере проводится работа по гистологическому изучению резецированных желудков, тщательно исследуются линии резекции, лимфоузлы (О.Д.Третьяковская). Такой анализ и контроль работы хирургов побуждает нас отрабатывать, отшлифовывать технику операций при раке не только желудка, но и при других локализациях рака - шейки матки, раке прямой кишки и т.д. Проведение этой работы побудило хирургов диспансера обсудить вопрос о повторных резекциях, при нерадикально прооперированных в первый раз и применить эту тактику практически. Таким образом, предвоя в жизнь на практике заветы и указания Льва Моисеевича, анализируя операционный материал, хирург, оперирующий рак желудка, должен усвоить правило - оперировать нужно один раз, но радикально и широко. В случаях производства резекции порадикально, в

пределах опухолевой инфильтрации, нужно производить повторные "срочные" резекции, не ожидая клинического проявления рецидива, т.к. удаление всей опухолевой массы и метастазов является основным залогом хорошего отдаленного прогноза.

По данным диспансера на протяжении нескольких лет, процент нерадикально оперированных больных, т.е. когда линия резекции прошла по опухоли колеблется от 17 до 24%, а на 55 резекций желудка за 1964 г. в ЮД - это отмечено в 7 случаях - 12,4%. В одном из семи была произведена резекция "срочная" повторная.

При жизни Льва Моисеевича химиотерапия в виде гормонотерапии только начала завоевывать права гражданства в лечении онкологических больных, в частности грудной железы. И как приверженец всего нового, направленного на улучшение лечения больных со злокачественными опухолями, Лев Моисеевич и его помощники одни из первых стали применять гормоны, когда этот препарат привозили из Москвы.

Зная Льва Моисеевича, мы уверены, что он приветствовал бы и широко применял и пропагандировал бы все современные химиопрепараты. Заканчивая свое выступление, нужно отметить, что имя Льва Моисеевича РАТНЕРА известно в науке не только по тем работам, о которых я говорила, а по множеству других, написанных им и его учениками: рак яичников, рак на рубцах, операция *intestinomina abdominalis*, операция Нарбутовского, опухоли почек и множество других. Не следует забывать и его работ по общей хирургии, в частности, об аневризмах, о лечении аппендицитов и т.д.

Лев Моисеевич был щедр на научные работы и присутствующие могли бы назвать не одну работу, выполненную им и переданную для оформления своим ученикам. Всего сказать об этом человека невозможно, так же, как невозможно сегодня, хотя бы очень кратко не сказать о Лье Моисеевиче, как о человеке, о его отношении к окружающим людям и к молодежи. Судите сами ... Вот передо мной записка, написанная из президиума Общества Львом Моисеевичем. (Я немного опоздала на Общество) - Надя ! Времени много и торопиться не надо. Не волнуйтесь. Мы с Шульманом тебя в обиду не дадим ...". В этих словах весь Лев Моисеевич, с его думами о своих подчиненных.

Прошло уже много лет, но эту записку, написанную на клочке бумаги я сохраняю как реликвию, как талисман в память о моем незабвенном любимом учителе.

В заключение хочется выразить от имени всех онкологов искреннее удовлетворение организаторам конференции во главе с Аркадием Тимофеевичем Лидским, знавшим лично Льва Моисеевича и Марком Соломоновичем Шульманом, работавших рука об руку по организации хирургической и онкологической помощи населению г.Свердловска.

Мне кажется было бы правильным от имени Общества обратиться в соответствующие инстанции о присвоении имени Льва Моисеевича РАТНЕР Городскому онкологическому диспансеру.

Врач Н. Архипенко (г.Свердловск, Горонко-диспансер).

8. ДИССЕРТАЦИИ, ЗАЩИЩЕННЫЕ В УЧЕНОМ СОВЕТЕ
СВЕРДЛОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
ИНСТИТУТА ПО ОНКОЛОГИИ.

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Е.В. АНТИПОВА | "Лимфатическая система матки при раковом её поражении". 1967г. х/ |
| 2. А.Д. АРБУЗОВА | "К материалам об остром лейкозе у детей". 1964 г. х/ |
| 3. Д.А. АСТАФЬЕВ | "Функциональное состояние коры надпочечников при раке и предраковых заболеваниях желудка", 1968г. х/ |
| 4. Ю. БАГРОВ | "Оперативные доступы к н/з пищевода", 1940г. х/ |
| 5. А.С. БАРЫБИН | "Электролитный обмен у онкологических больных и его динамика в процессе лучевой терапии", 1968г. х/ |
| 6. В.А. БАХТИЯРОВ | "Материалы к вопросу о клинике и патологической анатомии метастатических опухолей нервной системы", 1945 г. х/ |
| 7. В.М. БЛИЗНЮК | "Обоснование методов хирургического лечения эпителиальных опухолей мочевого пузыря". 1964г. хх/ |

х/ Кандидатская диссертация
хх/ Докторская диссертация

8. В.Я. ВАРНАКОВ "Об этиологических факторах в клинике и лечении фибромиом матки", 1963 г. х/
9. С.С. ВИХРИЕВ "Морфологические изменения лимфатической системы желудка при раке его (анатомио-экспериментальные исследования)", 1964 г. х/
10. О.М. ВЕДЕНИНА "Фиброзно-кистозная мастопатия и её отношение к раку", 1948г. х/
11. В.Я. ВУБЕРМАН "Катетеризационная биопсия в диагностике и дифференциальной диагностике периферического рака легкого", 1968 г. х/
12. Г.П. ГИЛЬБЕРТ "Маммография и её роль в диагностике рака грудной железы", 1946г. х/
13. О.С. ГОРБАШОВА-ВОРОНИНА "Зрительные расстройства при опухолях головного мозга различной локализации и гистологической структуры", 1959г. хх/
14. М.П. ГОРЮНОВА "Закономерности прямого распространения и метастазирования злокачественных опухолей и их клиническое значение", 1939 г. хх/
15. О.В. ГРИНКЕВИЧ "Гипоталамические расстройства при опухолях головного мозга", 1967г. хх/
16. А.К. ГУСЬКОВА "Клинико-анатомические параллели при мультиформной спонгиобластоме мозга", 1950 г. х/
17. Н.Я. ДАМСКАЯ "Глазное дно при опухолях мозга", 1945г^{х/}
18. Е.В. ЕВСТОХИНА "К вопросу о гистогенезе и патологической анатомии злокачественных опухолей почек, преимущественно гипернефroidных раков и эмбриональных аденосарком", 1955 г. х/
19. А.М. БОМАН "Опыт биологической диагностики рака по крови раковых больных", 1955г. хх/
20. Е.В. ЖУКОВ "Вопросы клиники, морфологии и лечения злокачественных новообразований щитовидной железы", 1959г. х/
21. С.А. ЗАЙКОВ "Выделение эстрогенов 17-кетостероидов и некоторые показатели функционального состояния печени у больных фибромиомой матки", 1965 г. х/

22. С.Г. КАЧАНОВА "Материалы к изучению гемогликолиза и превращений серосодержащих соединений при заболевании раком", 1952г. х/
23. Н.П. КОЖЕВНИКОВА "Рак слепой и восходящей кишки", 1953г. х/
24. И.И. КОПЫЛОВА "Современные методы лечения рака нижней губы", 1948г. х/
25. Г.В. КОПЫСОВ "Опыт ангиопульмонографии при туберкулезе и некоторых других шаровидных образованиях легких", 1964 г. х/
26. Д.И. КРУПАТКИНА "Клиника и диагностика опухолей мосто-мозжечкового угла", 1956г. х/
27. Е.Н. КРУПИН "Проба с радоном в диагностике опухолей и арахноидитов спинного мозга" 1959 г. х/
28. А.П. КУЗОВЛЕВ "Изучение ранних этапов взаимодействия вируса и клетки методом микроэлектрофореза", 1966г. х/
29. Е.М. ЛАРИОНОВА "Влияние ионизирующего излучения и низкой температуры на содержание и обмен аминокислот в организме животных", 1968г. х/
30. А.Н. ЛЕБЕДЕВА "Опухоли яичников, преимущественно злокачественные и их лечение", 1948г. хх/
31. В.М. ЛУМОВА "Новые данные о гистогенезе экспериментальных индуцированных сарком", 1953г. х/
32. С.С. МАГАЗАННИК "Клиника экстремедулярных опухолей спинного мозга", 1948г. х/
33. М.В. МАСЛЕННИКОВА "Возможности клинического диагноза характера новообразования при нейро-эктодермальных опухолях больших полушарий головного мозга", 1964г. х/
34. П.С. МАСТБАУМ "Парасагитальные менингиомы", 1942г. х/
35. А.И. МЕЗЕНЦЕВ "Влияние некоторых факторов на развитие лучевых реакций и эффективность лучевой терапии злокачественных опухолей", 1966г. хх/
36. Е.П. МИЛЮТИНА "Клиника и терапия лейкозов", 1945г. х/
37. Т.М. МНУХИНА "О лейкоплакиях пищевода", 1951 г. х/

38. К.П. МУРАШКИНА "Цитологическая диагностика гинекологических заболеваний, сопровождающихся маточными кровотечениями", 1967 г. (Челябинск) хх/
39. А.М. НАРАВЦЕВИЧ "Остеохондропатия полулунной кости (клиника, патогенез, гистология)", 1937 г. х/
40. Н.А. НАСТОЛЬЕВ "Характеристика злокачественной опухоли Броунс-Пирс", 1939 г. х/
41. Э.НИКОЛАЕВ "Перестройка внутриорганной артериальной системы стенки желудка при различных патологических процессах в нем", 1961 г. х/
42. О.С. ПАТКОВА "Хронические лейкозы по материалам Свердловской областной клинической больницы № 1 за 1951-1960 гг.", 1963 г. х/
43. И.М. ПЕСТОВА "Влияние лучей рентгена на лимфатические железы", Пермь, 1941г. х/
44. З.С. ПЛОТНИКОВА "К вопросу о комбинированном лечении рака шейки матки в свете изучения отделенных результатов", 1967г. х/
45. М.В. ПОПЫРЕВА-ГОРЕЛИШЕВА "Клинико-морфологические сопоставления при некоторых опухолях мозжечка и IV желудочка", 1958 г. х/
46. Н.С. ПОРОШИНА "Клиническое значение исследования аутоиммунных процессов при лейкозах", 1967г. х/
47. Н.Н. ПРИЗ "Энцефаловентрикулография при опухолях головного мозга", 1939г. х/
48. С.П. РОДКИН "К учению о диагностике и лечении рака прямой кишки", 1963г. (Куйбышев) хх/
49. Н.Н. САВИЧЕВСКАЯ "Особенности клинического течения и исходы лечения некоторых форм сарком матки, 1966 г. х/
50. А.Н. СКОБУНОВА "Рак и предрак желудка в клинко-анатомическом освещении", 1941г. х/
51. В.В. СКРЯБИН "Реоэнцефалография при сосудистых заболеваниях и опухолях головного мозга", 1967 г. х/
52. Т.Н. СТРЕШЕВА "Материалы к клинике и терапии острого лейкоза", 1963 г. х/

53. Н.У. ХАЙНОВСКИЙ "Операция удаления нижней конечности с половиной таза при злокачественных новообразованиях", 1950г. х/
54. К.Я. ЧУПРАКОВА "Комбинированная резекция желудка и поперечно-ободочной кишки при раке". 1954г. х/
55. П.В. ШАБУРОВ "Вопросы применения ручного скенирования в хирургии щитовидной железы", 1967г. х/
56. Р.Я. ШИПЕРОВА "Рак шейного отдела пищевода и его оперативное лечение". 1948г. х/
57. Л.Я. ШНИЦЕР "Позадилонная везикулярная простатэктомия" 1955 г. х/
58. О.К. ШТУРКИНА-МАЛАНОВА "Ранние формы рака шейки матки", 1951г. х/
59. М.С. ШУЛЬМАН "Электрохирургическая резекция желудка при раке", 1948г. хх/.

9. ДИССЕРТАЦИИ ПО НЕЙРООНКОЛОГИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРОФЕССОРА Д.Г. ШЕФЕРА

1. В.А. БАХТИЯРОВ "Материалы к вопросу о клинике и патологической анатомии метастатических опухолей нервной системы". 1945г. х/
2. Н.И. БЕЛЯЕВ "Эпилептические припадки при опухолях головного мозга", 1961г. х/
3. М.Г. ГОЛЬДЕЛЬМАН "Вегетативные синдромы при опухолях и сосудистых заболеваниях мозга", 1953г. хх/
4. О.С. ГОРБАШЕВА-ВОРОНИНА "Зрительные расстройства при опухолях головного мозга различных локализаций и гистологических структур", 1959г. хх/
5. О.В. ГРИНКЕВИЧ "Гипоталамические расстройства при опухолях головного мозга", 1967г. хх/
6. А.К. ГУСЬКОВА "Клинико-морфологические сопоставления при мультиформной глиобластоме", 1951г. х/
7. Н.Я. ДАШСКАЯ "Глазное дно при опухолях мозга", 1945г. х/
8. А.Т. ЗЫКОВА "Сосудистые опухоли полушарий головного мозга", 1962г. х/

9. Д.Л.КРУПАТКИНА "Клиника и диагностика опухолей мосто-мозжечного угла", 1956г. х/
10. Е.Н.КРУПИН "Проба с радоном в диагностике опухолей и арахноидита спинного мозга" 1959г. х/
11. С.С. МАГАЗИННИК "Клиника экстремедулярных опухолей спинного мозга", 1948 г. х/
12. Л.И. НЕСТЕРОВ "Ангиография при опухолях головного мозга", 1961г. х/
13. Р.Г.ОБРАЗЦОВА "Клинико-гистологические сопоставления при астроцитомах больших полушарий мозга", 1960г. х/
14. Р.Г. ОБРАЗЦОВА "Клиника и морфология глиом различной степени злокачественности (электронная микроскопия)", 1969г. хх/
15. Н.Н. ПРИЗ "Энцефаловентрикулография при опухолях головного мозга", 1939г. х/
16. М.В. ПОПЫРЕВА-ГОРЕЛЫШЕВА "Клинико-морфологическое сопоставление при некоторых опухолях мозжечка и IV желудочка", 1958г. х/
17. В.В.СКРЯБИН "Реоэнцефалография при опухолях головного мозга", 1968г. х/
18. И.И. ТУРЕВСКИЙ "Центральные мышечные атрофии при опухолях мозга",
19. А.А. УДИНЦЕВА "Клиника и патоморфология менингиом больших полушарий головного мозга", 1965г. х/
20. Л.П. ЦИГЕЛЬ "Опухоли гипоталамуса (клиника и хирургическое лечение)", 1969 г. х/
21. А.А. ШУТОВ "Мозжечковый синдром при опухолях задней черепной ямки", 1964г. х/

10. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАДИОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г.СВЕРДЛОВСКЕ И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В свете современных задач по оказанию медицинской помощи населению всё большее значение приобретают радиоактивные изотопы в диагностике различных заболеваний.

Они находят широкое применение в онкологии, эндокринологии,

хирургии, терапии, гинекологии, гематологии.

Развитие радиодиагностической службы в г.Свердловске и Свердловской области связано с именем основателя этой службы на Урале В.И. ЛЕВАНЕВА, который, будучи главным радиологом города (в настоящее время - И.Д. ОСТАПЧУК), много времени и внимания уделял созданию в системе практического здравоохранения радиодиагностических лабораторий, внедрению новых методов диагностики. В 1954 г была организована радиологическая лаборатория при 14 горбольнице г.Свердловска, затем при 1-й клинической городской больнице и 32-й горбольнице. В настоящее время в городе функционирует 8 лабораторий, в которых ежегодно радиодиагностическую помощь получают свыше 5 тысяч пациентов.

В 1967 г организована первая многопрофильная лаборатория радиодиагностики при городском онкологическом диспансере г.Свердловска, которая в настоящее время является консультативным диагностическим центром Свердловской области (зав.к.м.н. В.Д. ТАРАСЕНКО).

Лаборатория оснащена современной радиодиагностической аппаратурой, в числе которой имеются отечественные и импортные скеннеры, многоканальные радиометрические сцинтилляционные системы, клинические Бетарадиометры, комплект радиометрической аппаратуры Венгерской лаборатории - "Гамма" и другие.

В настоящее время освоены практически все существующие методы изотопной диагностики, наиболее ценными из них являются: исследование органической и неорганической фазы иодного обмена, функции печени, почек, гемодинамики, скенирования различных органов, бетадиагностика опухолей и др.

Разработана и внедрена в практику рабочая схема оказания специализированной радиодиагностической помощи больным с патологией щитовидной железы; из методики радиоизотопной диагностики в числе других широко применяется - 1) гамма диагностика злокачественных опухолей и очагов воспаления.

а) гамма энцефалография - выявление очагов повышенного накопления радиоактивных изотопов в головном мозгу (неогидриг - Hg^{197} , билигност - I^{131} , технеций - 99 м).

б) диагностика опухолей костной ткани (стронций - 85, стронций - 87, кальций - 47, галлий - 67).

С помощью "меченых атомов" опухоли костной системы определяются до того как они могут быть выявлены рентгенографически.

в) выявление метастазов рака щитовидной железы - ^{131}I

2) Бетадиагностика злокачественных новообразований - выявление усиленного накопления фосфора - 32 в поверхностно расположенных новообразованиях (злокачественные меланомы), а также в гортани, пищеводе, желудке, прямой кишке, головном мозгу, органе зрения, щитовидной железе, шейке и теле матки и др. органах и т.д.

С помощью скеннирования изучается распределение радиоактивных изотопов в следующих органах и тканях:

1) полостях сердца; 2) миокарде; 3) лёгких; 4) атеросклеротических бляшках сосудов; 5) пищеводе, желудке и кишечнике; 6) печени; 7) слюнных железах; 8) поджелудочной железе; 9) селезенке; 10) почках; 11) щитовидной железе; 12) паращитовидных железах; 13) головном мозгу; 14) субарохноидальном пространстве спинного мозга; 15) костях; 16) плаценте; 17) лимфатических узлах.

Благодаря усилиям Областного общества рентгенорадиологов и комитета по изотопам НТО проводятся семинары по тем или иным разделам радиодиагностики, сделана попытка наладить выпуск информационных материалов и методических писем, что является одной из форм внедрения в практику результатов научных исследований; на базах лабораторий радиодиагностики проводится большая научно-практическая работа.

Свидетельством этому является выполнение практическими врачами и научными сотрудниками 12 кандидатских и 7 докторских диссертаций.

15 мая 1969 г. в г.Свердловске состоялась I-я областная конференция по применению радиоактивных изотопов в диагностике.

Однако пока не все ценные, совершенно необходимые методы диагностики стали достоянием исследователей и практических врачей; это связано с недостаточной осведомленностью врачей в вопросах использования радиоактивных изотопов в диагностической

работе, трудностью приобретения необходимых приборов и меченых соединений.

Вопрос подготовки кадров для обслуживания лабораторий радиоизотопной диагностики в настоящее время приобретает перво-степенное значение.

Здесь основную роль должна сыграть кафедра рентгено-радиологии мединститута, сотрудники которой, как показывает опыт, могут не только вести подбор будущих радиологов из числа студентов, но и путём организации факультативных курсов по медицинской радиологии осуществлять на общественных началах специальную подготовку медицинского персонала. Немалую помощь в этом отношении могут оказать курсы усовершенствования при центральных институтах.

Лаборатории должны иметь постоянный, самостоятельный штат сотрудников. Наряду с врачами, средним и младшим медицинским персоналом в штат лаборатории обязательно должны быть включены должности инженера-физика и радиотехника.

Приведенный расчёт минимальной потребности в радиодиагностических процедурах, представляет определённую ценность для практического здравоохранения.

Установлено, что в настоящее время существующие в г.Свердловске лаборатории могут оказать диагностическую помощь лишь 20% нуждающимся в радиодиагностике больным.

В городах Свердловской области нет ни одной лаборатории радиодиагностики.

Для улучшения постановки радиодиагностической службы в Свердловской области необходимо провести следующие организационные мероприятия:

1) Укомплектовать существующие радиологические лаборатории г.Свердловска квалифицированными кадрами и обеспечить необходимый радиометрической аппаратурой, отвечающей современным требованиям.

2) Просить руководство Облздравотдела и Свердловского Горздравотдела рассмотреть на медицинских Советах вопрос об организации лабораторий радиодиагностики при городских онкологических диспансерах в гг. Н-Тагиле, Каменск-Уральском, Краснотурь-

инске и в 40 больнице г.Свердловска.

3) Решить вопрос о профилировании радиоизотопных лабораторий города с учётом территориального размещения клинических кафедр мед.института и тематики курируемых ими научных проблем.

4) Просить ректорат СГМУ ускорить создание при ЦНИИЕ лаборатории радиоизотопных методов исследования.

5) Рекомендовать секции радиационной медицины НТО и рентгено-радиологическому отделению областной больницы ежегодно проводить с врачами и средним медицинским персоналом изотопных лабораторий семинары по обмену опытом работы, освоению новых методик и технике безопасности;

Шире развивать сотрудничество со специалистами, работающими в области ядерной физики, радиотоксикологии, электроники.

Доктор меднаук

А.И. Мезенцев

Кандидат меднаук

В.Д. Тарасенко.

В заключение считаю своим приятным долгом выразить свою искреннюю благодарность глубокоуважаемым моим научным руководителям - профессору, доктору медицинских наук Моисею Израйлевичу Сахарову и профессору, доктору медицинских наук Елене Трофимовне Солезневой за предоставление интересной и актуальной темы диссертации и за ценные указания и советы при выполнении работы.

Приношу свою глубокую признательность сотрудникам хирургических отделений и администрации дорожной больницы № 1 Свердловской железной дороги за создание мне благоприятных условий в работе.

Благодарю сотрудников краеведческого кабинета публичной библиотеки им. В.Г. Белинского, библиотеки Свердловского областного краеведческого музея, государственного архива Свердловской области, архива Свердловского государственного медицинского института, фундаментальной библиотеки Свердловского государственного медицинского института, Областной медицинской библиотеки - за оказанную мне помощь в моей работе.

Приношу свою признательность и благодарность профессорам Ф.Л. Гектину, И.Б. Оленкевичу, С.А. Покровскому, И.Д. Коробельникову, Г.Л. Ратнеру, доцентам В.М. Лушковой и И.А. Трутневу, кандидатам мед. наук В.К. Климовой, М.В. Шадринной, С.А. Суториной, врачам А.Бенедиктовой, Н.И. Архипенко, О.А. Матвеевой - любезно приславших свои воспоминания о профессоре Л.И. Ратнере.

Благодарю действительного члена АМН СССР проф. А.Д. Адо - за любезно присланные воспоминания о своем прадеде - докторе медицины А.А. Миславском.

Приношу свою благодарность члену-корреспонденту АМН СССР профессору Б.Д. Петрову и профессору П.Е. Заблудовскому - за ценные указания и советы при выполнении работы.

Искренне благодарю члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР профессора А.Т. Лидского, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Д.Г. Шефера - за ценные указания при написании работы.

Приношу свою признательность и благодарность - доктору медицинских наук, заслуженному врачу РСФСР М.С. Шульману - за предоставленные материалы и иллюстрации, а также ценные указания при написании работы.

Благодарю доктора медицинских наук А.И. Мезенцева и кандидата медицинских наук В.Д. Тарасенко за предоставленные материалы по радиологической диагностике.

Благодарю администрацию и сотрудников Свердловского областного, Свердловского городского, Нижне-Тагильского городского, Краснотурьинского городского, Каменск-Уральского городского онкологических диспансеров, областной клинической больницы № 1 - за предоставленные материалы при написании работы.